

BELEIDSVORMING IN DE GEZONDHEIDSZORG

ZOEKLICHT OP DE HARTCHIRURGIE

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE

GENEESKUNDE

AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT TE ROTTERDAM

OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS

PROF. DR. J. SPERNA WEILAND

EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.

DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATS VINDEN OP

WOENSDAG 19 DECEMBER 1979 DES NAMIDDAGS

TE 4.15 UUR PRECIES

DOOR

RONALD NAABORG

GEBOREN TE DELFT

PROMOTORES : PROF. D.C. DEN HAAN  
PROF. DR. P.G.M. HESSELING

CO-REFERENTEN : PROF. DR. L.M.J. GROOT  
PROF. P.G. HUGENHOLTZ

BELEIDSVORMING IN DE GEZONDHEIDSZORG

ZOEKLICHT OP DE HARTCHIRURGIE

**R. NAABORG**

*Rotterdam, 1979*

*No part of this book may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm or any other means, without written permission from the author.*

Errata - bij het proefschrift van R. Naaborg

- Blz. 7 : 11e r. - zin eindigt op: 'onderhavig beleid.'  
11 : 12e r. - moet zijn: 'een tweetal conflicten dat heeft geleid'.  
18 : 4e r. - 'dienstverlening. Het ..' moet zijn 'dienstverlening, het ..'.  
26 : 26e r. - 'realiering' moet zijn 'realisering'.  
33 : 6e r. - 'voorzieningen' met zijn 'verrichtingen'.  
44 : 14e r. - 'St. Catharina' moet zijn 'Catharina'.  
48 : 34e r. - 't.b.v.-consultatiebureaus' moet zijn 't.b.c.-consultatie-  
bureaus'.  
94 : 10e r. - '9176' moet zijn '1976'.  
97 : 2e r. - 'artikel' moet zijn 'Artikel'.  
115 : 12e r. - 'verantwoord' moet zijn 'beantwoord'.  
116 : 4e r. - na schema: '78 respondenten' moet zijn '28 respondenten'.  
131 : 32e r. - 'dagelijk' moet zijn 'dagelijks'.  
132 : 20e r. - na schema: 'door' moet zijn 'voor'.  
141 : 15e r. - zin eindigt op: 'hart- en vaatziekten voorhanden is.'  
144 : 21e r. - 'hartpiëtnen' moet zijn 'hartpatiënten'.  
144 : 30e r. - 'Wet Ziekenhuisvoorziening' moet zijn 'Wet Ziekenhuisvoor-  
zieningen'.  
170 : 28e r. - 'tabel 9.8, blz. 119' moet zijn 'tabel 9.9, blz. 123'.  
200 : 33e r. - 'Sint Catharina' moet zijn 'Catharina'.  
213 : 14e r. - 'onvangrijke' moet zijn 'omvangrijke'.

Rotterdam, 19 december 1979

1	Verantwoording	1
2	Inleiding	3
3	Open probleemstelling	8
3.1	Gesloten modelvorming	8
3.2	Terreinverkenning	10
3.3	Keuze en motivering van het onderzoeksgebied	12
3.4	Probleemverkenning	13
3.5	Hypothesevorming	17
3.6	Probleemstelling	21
3.7	Aanvullende hypothesen	23
3.8	Conceptualisering van beleidsvorming	24
3.9	De probleemstelling nogmaals omschreven	26
4	Methodologie	30
4.1	Object van onderzoek	30
4.2	Indeling in organisatieniveaus	30
4.3	Methode van onderzoek	31
4.4	Selectie van de respondenten	33
4.5	Periode van onderzoek	33
4.6	Empirisch onderzoek	34
5	Coronaire Bypass Chirurgie	38
5.1	Open hartoperatie	38
5.2	Fasen in het onderzoeks- en behandelingsproces	38
5.3	Besluitvorming en verantwoordelijkheid	40
5.4	Naamsaanduiding	40
6	Het formele beleid op het macroniveau in de periode 1971-1977	42
6.1	Een tijdtabel	42
6.2	De 'eerste' Commissie Nieveen	45
6.3	Het departementale beleid van 1972	48
6.4	De 'tweede' Commissie Nieveen	50
6.5	Het departementale beleid van 1973	51
6.6	De Commissie Haex	53
6.7	Het departementale beleid van 1974	55

6.8	Het departementale beleid van 1975	57
6.9	Het departementale beleid van 1976	59
6.10	Hernieuwde behoefteraming coronaire hartchirurgie	64
6.11	Het departementale beleid van 1977	65
6.12	De Commissie Verhey	66
6.13	Conclusie	68
7	Het formele beleid in de ziekenhuizen in de periode 1971-1977	75
7.1	Informatiebronnen en informatiepresentatie	75
7.2	De beschikbare hartchirurgische capaciteit	75
7.3	Financiering als randvoorwaarde	77
7.4	Tariefsvorming voor de open hartchirurgie	80
7.5	De gewenste hartchirurgische capaciteit	81
7.6	Informatie-inventarisatie procedure	82
7.7	Het per instelling gevoerde beleid	85
7.7.1	Ziekenhuis Eén	87
7.7.2	Ziekenhuis Twee	87
7.7.3	Ziekenhuis Drie	89
7.7.4	Ziekenhuis Vier	90
7.7.5	Ziekenhuis Vijf	91
7.7.6	Ziekenhuis Zes	92
7.7.7	Ziekenhuis Zeven	92
7.8	De hartchirurgische capaciteit anno 1978	92
7.9	Conclusie	94
8	Het feitelijke beleid in de periode 1971-1977	99
8.1	Probleemformulering	99
8.2	De invloed van de medische professie	100
8.3	De invloed van de consument	102
8.4	De invloed van de volksvertegenwoordigers	104
8.5	Conclusie	105
9	De beleids- en besluitvorming als resultaat van 'Expert-opinion' analyse	107
9.1	Inleiding	107
9.2	Probleemherkenning	108
9.3	Probleemformulering	109
9.4	Alternatieve oplossingsmogelijkheden	114
9.5	De gekozen oplossing	120

9.6	Terugkoppeling	121
9.7	Conclusie	125
10	Evaluatie van de formele en feitelijke beleidsvorming	128
10.1	De invloed van het geneeskundig denken	128
10.1.1	Specialisatie	129
10.1.2	Erkenning tot zelfstandig medisch specialisme	130
10.1.3	Erkenning van de Cardiopulmonale chirurgie	131
10.1.4	Confrontatie met de vraag	132
10.1.5	Initiatieffase	133
10.1.6	Niet-geïntegreerde capaciteitsbenadering	136
10.2	Beleidsvorming	136
10.2.1	Advisering als beleidsvormende activiteit	140
10.2.2	Waardeoordeel versus feitelijk oordeel	140
10.2.3	Maatschappelijke druk als beleidsindicator	142
10.2.4	Voortgaande verbijzondering	143
10.3	Beleidsrealisering	144
10.3.1	Kostenontwikkeling als beleidsindicator	144
10.3.2	Voorwaardenscheppend versus voorwaardenstellend	146
10.3.3	Consistentie in het beleid	148
10.3.4	Consequentie in het beleid	150
10.4	Bureaucratie en professie	151
10.4.1	Druk op het mesoniveau	153
10.4.2	Beleidsvoering	154
10.4.3	Balkanisering	156
10.4.4	Integratie	157
10.4.5	Afweging van de middelen en de mogelijkheden	157
10.4.6	Budgetten en normen	159
10.5	Tijdsfactor	160
11	Conclusies en aanbevelingen	167
11.1	Interactie op drie organisatieniveaus	167
11.2	Tegenwichtzoekende krachten	169
11.3	Patiëntengeoriënteerd versus middelengeoriënteerd	171
11.4	Mesoniveau: resultante, meeloper of voorloper?	173
11.5	Epidemiologie als prioriteit	176
11.6	Landelijk spreidingsplan	179
11.7	Integratie van het beleid - instrumentele aanpak	181
11.8	Evaluatieonderzoek	183
11.9	Subjectiviteit in de onderzoeksmethode	184
11.10	Post Scriptum	186



12	Samenvatting	190
13	Summary	195
	Appendix A	200
	Appendix B	202
	Geraadpleegde Bronnen	206
	Curriculum Vitae	213

## 1. VERANTWOORDING

Het verschijnen van dit proefschrift zou niet mogelijk zijn geweest zonder de enthousiaste en bereidwillige medewerking van velen.

Mijn promotores Prof. D.C. den Haan en Prof. Dr. P.G.M. Hesseling ben ik bijzonder erkentelijk voor de inspirerende begeleiding bij de realisering van mijn proefschrift.

Bijzonder veel dank ben ik verschuldigd aan Dr. J.A.C. de Kock van Leeuwen en Mr. J.L.P.G. van Thiel, die mij gedurende vele uren hun waardevolle kritieken niet hebben onthouden.

Ook ben ik dank verschuldigd aan mijn co-referenten, Prof. Dr. L.M.J. Groot en Prof. P.G. Hugenholtz, en aan Prof. Dr. A.R.T. Williams voor hun commentaar op mijn manuscript.

Vanwege hun deelname aan het expert-opinion-onderzoek dank ik: Mr. C.J. Al, Prof. Dr. A.C. Arntzenius, Drs. J. Barendregt, Prof. Dr. A.G. Brom, Dr. A.V.G. Bruschke, Dr. B. Buis, J.Th.A. Cappetti, Mw. G.M.P. Cornelissen, Dr. D. Dolman, Prof. Dr. D. Durrer, H.H. Drenth, Dr. W.Ch.P. Geldof, A.M. Gründeman, Mw. Drs. N.J. Ginjaar-Maas, Prof. Dr. A.J.Ch. Haex, Drs. C.E.J. Harden, J.P.M. Hendriks, Prof. Dr. J.N. Homan van der Heide, Prof. Dr. H.A. Huysmans, Dr. L.P. de Jong, Dr. G. Klein, J.W. van der Kouwe, Dr. X.H. Krauss, Drs. L.H.M. van Lanschot, Dr. K.I. Lie, Prof. Dr. F.L. Meijler, Prof. Dr. N.G. Meijne, P.J.A. van Overveld, Prof. Dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen, Prof. Dr. J. Nieveen, Prof. Dr. J.P. Roos, A.L.E.M.S. Schaepkens van Rimpst, A. Th. Schweizer, Prof. Dr. H.A. Snellen, Prof. Dr. H.A. Valkenburg, Mw. Mr. E. Veder-Smit, Drs. J.B.M. Verhey, Mr. Dr. J. Vermeijden, Dr. B.S. Zienkowicz en J.K. Zuur.

Vanwege hun deelname aan een toetsingsprocedure dank ik de heren Jhr. Mr. M.L. de Brauw, Dr. R.J.H. Kruisinga, Dr. P. Siderius, Dr. L.B.J. Stuyt en Drs. F.J. Werner. Eén deelnemer aan het opinie-onderzoek heeft de wens te kunnen gegeven anoniem te blijven. Vanzelfsprekend wil ik ook hem in mijn dankbetuiging betrekken.

In het stadium van het zoeken naar de informatie-documentatiebronnen ben ik geholpen door Jkvr. M.M.C. de Kuijper, verbonden aan de Bibliotheek en Documentatiedienst van de Tweede Kamer, de heren Mr. E. Kilian en J.P.C.M. van der Kooy,

beide van de afdeling 'Samenstelling van het Register op de Handelingen en Bijlagen' der Staten-Generaal, Mw. A.A. Eriks, arts, verbonden aan het Centraal Bureau voor de Statistiek, afdeling Gezondheidsstatistiek, Mw. C.M. Schaap, verbonden aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Prof. Dr. A.J.Ch. Haex en Drs. L.J.J. Gravesteijn, respectievelijk voorzitter en secretaris-directeur van de Gezondheidsraad.

Inzage in documenten en het voeren van besprekingen daaromtrent is mogelijk geworden dankzij de medewerking van directies van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam, het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht en de Academische Ziekenhuizen te Amsterdam (behorend bij de Universiteit van Amsterdam), Groningen, Leiden, Nijmegen en Rotterdam. Graag vermeld ik hier de hulpvaardigheid van Mr. Th.P.K.E. van den Berg, Mr. M.W.M. Kateman en Mr. R.P.M. van der Werff.

Ik dank hen voor hun bereidwillige medewerking.

Jacqueline C. Naaborg heeft het typewerk en de 'lay-out' van het proefschrift verzorgd. In de voorbereidingsfase is een deel van het typewerk door Erica Engels uitgevoerd. De grafische verzorging van een aantal 'figuren' lag in handen van de heer D. Simons van de Audio Visuele Dienst van de Erasmus Universiteit. Het omslag is ontworpen door Ankedien Naaborg. De reproductie is verzorgd door de heren J. Nederlof en B.A.M. de Jong, van de 'Reprografische Dienst' van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Dijkzigt.

Hen allen dank ik voor hun medewerking en volledige inzet.

Bestuur en directie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam dank ik voor de geboden gelegenheid mijn proefschrift te voltooien.

Tenslotte gaat de meeste dank uit naar mijn vrouw Joke, die mij is blijven stimuleren mijn eenmaal aangevangen onderzoek in de vorm van een dissertatie af te ronden.

Aan haar en onze kinderen Colette, Jacqueline en te zijner nagedachtenis Guido draag ik dit proefschrift op.

## 2. INLEIDING

Het in dit proefschrift beschreven onderzoek heeft tot doel inzicht te verkrijgen in de structuur van de beleidsvorming met betrekking tot de gezondheidszorg. Het onderzoek is beperkt tot de beleidsvorming rondom de bestrijding van de hart- en vaatziekten. De studie zet het zoeklicht op een samenwerkingsproces waarin een groot aantal individuen, groepen en instellingen zijn betrokken.

Het resultaat van de studie toont hoe door betrokkenen wordt gestreefd een tekort aan mogelijkheden om hart- en vaatziekten effectief te bestrijden te overbruggen. Onderhavig onderzoek bestrijkt de periode 1971-1977. De keuze van deze periode hangt samen met het door de Gezondheidsraad in 1971 uitgebrachte integrale beleidsadvies en de keuze en vaststelling van het beleid door de verantwoordelijke Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Onderwijs en Wetenschappen in november 1977.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de probleemformulering. Een korte historische schets duidt de ontwikkeling aan in het streven van de onderzoeker mogelijke verklaringsgronden te vinden voor het functioneren van ziekenhuisorganisaties. Het verleggen van het onderzoeksterrein naar de structuur van de beleidsvorming maakt deel uit van deze ontwikkeling.

Hoofdstuk 4 beschrijft de methoden en gevolgde strategie van onderzoek. Als onderdeel van het onderzoek is een opiniepeiling gehouden onder een groot aantal bij de beleidsvorming betrokken deskundigen. De selectie van hen heeft plaats gevonden met behulp van de 'sneeuwbal-steekproeftrekking-methode' (verder te noemen 'sneeuwbal-steekproef'). De deskundigen zijn vervolgens ingedeeld in drie organisatieniveaus, namelijk het micro-, meso- en macroniveau. Op het microniveau vindt de uitvoerende activiteit plaats, direct ten dienste van de patiëntenzorg, op het mesoniveau vindt de ziekenhuisgebonden managementactiviteit plaats, terwijl op het macroniveau de activiteiten zijn gericht op de realisering van een beleid. Het begrip beleid wordt in de paragrafen 10.2 en 10.4.2 nader omschreven.

Hoofdstuk 5 geeft een korte schets van de coronaire bypass operatie om de lezer duidelijk te maken welke categorie open hartoperaties in dit onderzoek overwegend wordt bedoeld. Het aandeel van deze operaties bedraagt circa 77 procent van het totaal aantal open hartoperaties. Het tekort aan hartchirurgische capaciteit wordt juist door deze categorie operaties veroorzaakt.

De hoofdstukken 6, 7, 8 en 9 beschrijven de formele en feitelijke beleidsvorming. De formele beleidsvorming komt tot uitdrukking in geformaliseerde procedures, die volgens min of meer tevoren bekende 'kanalen' verlopen. De feitelijke beleidsvorming verloopt juist niet volgens vaste tevoren gekanaliseerde procedures, noch is er vaak sprake van formalisering.

Hoofdstuk 6 beperkt zich tot een beschrijving van de formele beleidsvorming op het macroniveau. Aangegeven wordt hoe vanuit een door de Gezondheidsraad verstrekt integraal beleidsadvies een vernauwing in de beleidsvorming is opgetreden. Dit integrale advies van 1971 beval maatregelen aan op het gebied van de preventie, vroegdiagnostiek, curatieve zorg, revalidatie en secundaire preventie. In de daarop volgende jaren zijn het vooral de gekozen maatregelen op het gebied van de curatieve zorg, namelijk de uitbreiding van onderzoek- en behandelingscapaciteit ten dienste van het verrichten van 5000 - 6000 operaties per jaar geweest, die het beleid kenmerken. In het kader van de vroegdiagnostiek is een zestal consultatiebureaus ingeschakeld ten behoeve van bevolkingsonderzoek naar risicofactoren ter voorkoming van hart- en vaatziekten.

Prognosevorming omtrent de omvang van de cardiochirurgische capaciteit is voor wat Nederland betreft voor een niet te onderschatten deel gebaseerd op informatie uit de Verenigde Staten. De grondslag voor een te voeren beleid blijkt onvoldoende 'hard' te zijn. Dit is ook duidelijk naar voren gekomen in het opinie-onderzoek, dat in hoofdstuk 9 is weergegeven.

De restrictieve opstelling van de centrale overheid ten aanzien van de capaciteitsuitbreiding heeft een stagnatie in de beleidsvaststelling veroorzaakt. De onzekerheid over de schattingen van de behoefte door de Gezondheidsraad kan voor deze restrictieve opstelling een van de oorzaken zijn. Een andere oorzaak ligt in de sfeer van de schaarse financiële middelen en derhalve de noodzaak prioriteiten voor een te voeren beleid te kiezen. De beleidskeuze, namelijk 5000 - 6000 open hartoperaties per jaar te verrichten in 1980, is eerst in november 1977 vastgesteld.

Hoofdstuk 7 handelt over het formele beleid, uitsluitend in de ziekenhuizen, waarin in de periode 1971-1977 open hartchirurgie is bedreven. Dit betreft de Academische Ziekenhuizen te Amsterdam (behorend bij de Universiteit van Amsterdam), Groningen, Leiden, Nijmegen en Rotterdam, en twee niet-academische ziekenhuizen, namelijk het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam en het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht. Aan de hand van gesprekken met leden van directies en verschillende staffunctionarissen en door middel van analyse

van velerlei documenten is inzicht verkregen in de besluitvorming met betrekking tot de keuze en vaststelling van het beleid in de ziekenhuizen. Aangevoerd wordt dat beleidsimpulsen in de vorm van aanvragen voor personele-, materiële- en ruimtelijke middelen overwegend afkomstig zijn van het microniveau. Het mesoniveau ziet zich voor de taak gesteld de aanvragen van de verschillende afdelingen binnen de door het macroniveau gestelde voorwaarden te honoreren. Het formele beleid wordt per ziekenhuis beschreven. De ziekenhuizen zijn daarbij genummerd om te voorkomen dat specifieke ziekenhuisgebonden procedures en informatie aan de openbaarheid worden prijsgegeven.

In hoofdstuk 8 wordt met behulp van een aantal voorbeelden getracht de feitelijke beleidsvorming te expliciteren. De invloed op de vorming van het beleid van medische beroepsgroepen, consumenten bij monde van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging en volksvertegenwoordigers is hier tot uitdrukking gebracht. De pressie door deze groepen op de bewindslieden uitgeoefend heeft voornamelijk ten doel de hartchirurgische capaciteit uit te breiden.

Hoofdstuk 9 beschrijft de resultaten van een opiniepeiling onder 41 deskundigen, waarvan er 18 op het microniveau functioneren, 11 op het mesoniveau en 12 op het macroniveau. Voor deze opiniepeiling is gebruik gemaakt van een open vraagstelling. De vragen die zijn gesteld tijdens het interview hebben betrekking op de verschillende fasen van de beleidsvorming, zoals probleemherkenning, probleemformulering, alternatieve mogelijkheden voor probleemoplossing en de keuze van de beste oplossing.

Geprobeerd is inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van de beleidsvoorbereiding en de structuur van de beleidsvorming op de verschillende organisatieniveaus, in termen van wie nemen feitelijk de beslissingen.

Het zal blijken dat de bestrijding van hart- en vaatlijden door alle respondenten unaniem als een hoge prioriteit wordt aangemerkt. Hoewel grondslagen voor een betrouwbare prognose over de incidentie nog niet volledig beschikbaar zijn, is men van mening dat er een capaciteitstekort is voor chirurgische behandeling. Men is bereid de adviezen van de Gezondheidsraad inzake de capaciteitsuitbreiding te volgen, ook al heeft de meerderheid geen oordeel over de juistheid van de adviezen. Terwijl de meeste respondenten pleiten voor een uitbreiding van de mogelijkheden ten behoeve van de curatieve zorg, pleiten slechts enkele voor het treffen van meer maatregelen op het gebied van de preventie en vroegdiagnostiek.

Hoofdstuk 10 is analyserend en verklarend van karakter. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de effecten van het patiëntgeoriënteerd denken en handelen en de

gespecialiseerde geneeskunde op de vorming van een ziekenhuisgebonden beleid. De herkenning van de vraag naar medische voorzieningen en de noodzaak om de omvang van de vraag objectief meetbaar te maken worden nader belicht.

Aangetoond wordt dat het overheidsbeleid, van het eertijds voorwaarden scheppen, is gewijzigd in het stellen van voorwaarden. Een oorzakelijk verband met de stijgende kosten van de gezondheidszorg is een gedeeltelijke verklaring hiervoor. De bereidheid op het macroniveau de middelen aan te wenden ten behoeve van de capaciteitsuitbreiding van de hartchirurgie is bepalend voor de keuze en vaststelling van het beleid.

Andere beïnvloedende factoren bij dit keuzeproces zijn de maatschappelijke en politieke pressie. De in het algemeen afwachtende houding van het mesoniveau heeft geleid tot situaties waarin het microniveau zich rechtstreeks heeft gewend tot het macroniveau. Het functioneren van het mesoniveau blijkt dan de resultante te zijn van de beleidsimpulsen op het microniveau en het voorwaardensstellende klimaat op het macroniveau.

Geconcludeerd is dat het interactiekader tussen de drie onderscheiden organisatieniveaus in literatuur en praktijk nog nauwelijks object van studie is geweest. Nochtans is gebleken dat bij de totstandkoming van een beleid in de gezondheidszorg functionarissen van de verschillende niveaus een duidelijk te onderscheiden taak en derhalve een wezenlijke inbreng hebben in het overleg terzake. Daarom zal in de betrokken overlegstructuur deelname van elk van de groepen functionarissen onontbeerlijk zijn.

Het gebrek aan counter-vailing-power in de gezondheidszorg voorkomt dat een regulerend effect optreedt op kwaliteit en kwantiteit van het aanbod van gezondheidszorgdiensten. De verantwoordelijke bewindslieden en managers in de gezondheidszorg dienen zich zulks bewust te zijn. Voor een zo juist mogelijke probleemformulering dient daarom te worden gestreefd naar de instelling en instandhouding van een landelijke databank waaruit informatie kan worden geput ten dienste van specifiek epidemiologisch onderzoek voor de onderbouwing van beleidsadviezen.

Het mesoniveau staat als buffer tussen micro- en macroniveau voor de taak de coördinatie tot stand te brengen tussen de patiëntgerichte besluitvorming en de besluitvorming die door de problematiek van toewijzing van de financiële middelen wordt gekenmerkt. Daarnaast staat het mesoniveau voor de taak de gesegmenteerde beleidsvoorstellen te smeden tot een geïntegreerd beleid. De mogelijkheid daarvoor kan het zich verschaffen door te participeren in overlegsituaties terzake, het microniveau te betrekken in de beleidsvaststelling en door gebruik te maken van netwerkplanning en matrixorganisaties.

Het macroniveau tenslotte zal door gebruik te maken van bestaande wettelijke mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, een landelijk spreidingsplan van de voorzieningen kunnen realiseren. De overheid zal daarbij moeten beseffen dat een eenzijdige belangstelling voor kostenbeheersing slechts is gericht op de neveneffecten van een beleid, maar verder geen beleid is in de zin zoals in hoofdstuk 10 is geëxpliciteerd.

Onderhavig onderzoek geeft een inzicht in de beleidsvorming in de gezondheidszorg, specifiek met betrekking tot de bestrijding van de hart- en vaatziekten. Met nadruk zij er op gewezen dat dit onderzoek niet de intentie heeft de 'Zwar-te Piet' toe te spelen aan individuen, groepen en/of instellingen door hen mogelijk verantwoordelijk te stellen voor de totstandkoming van onderhavig Subjectieve elementen spelen een niet uit te sluiten rol in de onderzoeksmethode, zowel bij de onderzoeker als bij zijn respondenten. Om deze elementen meer te beheersen en duidelijker herkenbaar te maken, is het nodig dat meer evaluatie-onderzoek van beleidsvorming in de gezondheidszorg zal moeten geschieden. Het groeiende inzicht dat hierdoor kan worden verkregen, maakt het verantwoord en mogelijk ook ander onderzoeksmethoden te gaan toepassen, zoals bijvoorbeeld de simulatie, de enquête met behulp van gestructureerde antwoordcategorieën en de methode van het experiment.

Door de medewerking van een groot aantal deskundigen die zijn betrokken bij dit specifieke beleidsvormingsproces is het ons gegund geweest de gesloten deuren van de beleidsvorming in de gezondheidszorg te openen.



### 3. OPEN PROBLEEMSTELLING

#### 3.1 Gesloten modelvorming

In de afstudeerfase van het doctoraal Bedrijfseconomie hebben wij ons gewijd aan het ontwikkelen van een meetinstrument voor het analyseren en vergelijken van de structuren van professionele organisaties, in het bijzonder de organisaties van ziekenhuizen. Als uitgangspunt hebben hierbij gediend verschillende studies van Pugh, Hickson, en andere (1).

Bedoelde analyse is een eerste aanzet geweest ter evaluering van de organisatiestructuren in de ziekenhuizen. Vanuit een gesloten vraagstelling hebben wij ons gericht op de analyse van de aard en ordening van de activiteiten en de spreiding ervan over de verschillende posities of functionarissen. Hiervoor is een schema ontwikkeld, waarin een aantal variabelen zijn geoperationaliseerd. De variabelen zijn:

1. structurele variabelen, zoals specialisatie, standaardisatie, formalisatie, centralisatie, configuratie en flexibiliteit;
2. activiteitsvariabelen, zoals acceptatie van de organisatie, het verkrijgen en het onderhoud van de produktie, dienstverlenende faciliteiten en de leiding en het beheer;
3. contextuele variabelen, zoals oorsprong en geschiedenis, eigendom en beheer, grootte, doeleinden en ideologie, technologie, vestigingsplaats, produktiemiddelen en interdependentie.

Enkele sporen van dit schema zijn nog terug te vinden in de evaluatie van de beleidsvorming (hoofdstuk 10).

In een periode van ruim acht jaar functioneren op het mesoniveau (2) in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, hebben wij waargenomen, dat een ordening van de activiteiten vanuit een dergelijke gesloten vraagstelling onvoldoende inzicht en verklaring geeft in de problematiek van de ziekenhuisorganisatie. Enerzijds heeft dit erin geresulteerd dat wij dit onderzoeksinstrument terzijde hebben gelegd, anderzijds denken wij dat inzicht en verklaring eerst moeten worden gezocht in het dynamische proces van beleids- en besluitvorming. Om twee redenen gaan onze gedachten daar naar uit:

1. inzicht in dat proces maakt duidelijk wie het beleid bepaalt, en
2. uit de beleidsbepaling vloeit voort de te realiseren doelstelling, daarmee de richting en de omvang van de aan te wenden middelen en dus de aard en kwantiteit van de te verrichten activiteiten.

Een analyse van de structuur van deze processen hebben wij aanvankelijk wederom gepoogd te doen aan de hand van een gesloten model.

Het vormen van een beleid is een proces van voortdurend kiezen tussen mogelijkheden. De hieruit resulterende beslissingsprocessen "worden gevormd door een uit elkaar halen van bepaalde elementen, die in de beslissingen van leden van de organisatie aanwezig zijn, het vestigen van vaste procedures ter keuze en bepaling van deze elementen en voor het communiceren ervan aan de leden, die ermee te maken hebben", (3).

De processen worden in sterke mate beïnvloed door onder meer de eigenschappen van de beslisser zoals zijn sociale status, intelligentie, opleiding, motivering en dergelijke, de fysieke en emotionele hoedanigheid van de beslisser, de maatschappelijke omgeving zoals de meningen van vrienden en collegae, enzovoorts, (4).

Daarnaast wordt het beslissingsproces in sterke mate beïnvloed door de manier waarop beslissingen worden voorbereid en op elkaar afgestemd, belanghebbenden in het proces betrokken, rekening wordt gehouden met andere onderwerpen of deelaspecten, de openbaarheid van de te behandelen problemen, en tenslotte de macht en de ratio van de beslissers, respectievelijk beïnvloeders van beslissingen. Deze factoren hebben wij in een vijftal variabelen samengevat, namelijk:

1. integratie, zijnde de mate waarin men bij de behandeling van een onderwerp of aspect daarvan rekening houdt met andere hiermee verband houdende onderwerpen of aspecten, (5);
2. coördinatie, als het geheel van activiteiten gericht op het verkrijgen van eensgezindheid in de inspanningen van de diverse onderdelen van een organisatie bij de uitvoering van de taken van de organisatie als geheel, (6);
3. participatie, als "het deelhebben in en het betrokken worden van het personeel bij de gang van zaken in het bedrijf", (7), gerelateerd aan veranderingen in het beleid, door middel van het uitoefenen van invloed op de beslissingen, (8);
4. rationaliteit, als het efficiënt toepassen van kennis en de bereidheid kritiek aan te horen en te accepteren, en te verwerken, (9);
5. openheid en openbaarheid van de beleidsvorming in zijn verschillende fasen, (10).

Wij hebben geprobeerd deze variabelen in een gesloten model, dat een dualistisch karakter heeft, omdat participatie en openheid, respectievelijk openbaarheid, maatschappelijke condities zijn, integratie en coördinatie organisatorische

condities zijn en rationaliteit op beide benen hinkt, te operationaliseren. Operationaliseren duidt het proces aan, waarin niet alleen de begrippen worden gedefinieerd, maar ook en vooral langs welke weg de begrippen moeten worden onderzocht en waar de begrenzingen liggen.

De Groot (1972) stelt "een begrip te 'gebruiken' betekent immers: met behulp van of met betrekking tot dat begrip zekere *onderscheidingen* te treffen, met name tussen gevallen waarin het wel en waarin het niet of waarin het meer en waarin het minder van toepassing is" (11).

De fase van operationalisering heeft ons voor onmogelijke opgaven gesteld, ten dele omdat de voorhanden zijnde literatuur slechts een beperkt aantal aanknopingspunten biedt en ten dele omdat de empirische benadering geheel andere factoren discrimineert dan die welke zijn onder te brengen in dit model.

Een analyse van de structuur - in de betekenis van de "structuur-als-orde", (12) - van de beleidsvorming blijkt zich niet te mogen beperken tot een ziekenhuis, maar dient zich uit te strekken over zijn omgeving. Reden waarom wij hebben besloten de beleidsvorming in de gezondheidszorg, waarin de ziekenhuizen als onderdeel functioneren, nader te analyseren. Doch dan blijkt de analyse met behulp van ons gesloten model geen uitkomst te bieden voor voortgezet onderzoek, omdat de geselecteerde variabelen volledig naar de achtergrond worden verschoven ten gunste van geheel andere factoren, die zich aandienen.

### 3.2 Terreinverkenning

De gezondheidszorg bestaat uit een breed scala van in categorieën ingedeelde activiteiten die worden verricht door circa 300.000 medewerkers, verdeeld over een groot aantal instituten en instellingen, (13). Ons beperkend tot de ziekenhuizen van somatische zorgverlening, dat wil zeggen de zorgverlening gericht op de lichamelijk zieke mens, betekent, dat ruim 250 instellingen tot ons onderzoeksbied zouden behoren. Een volgende wending is daarmee op zijn plaats. Enerzijds menen wij dat een verdere gebiedsafbakening naar aantal instellingen verantwoord is, anderzijds dienen wij die instellingen, subjecten en organen in het onderzoek te betrekken, die aan de beleidsvorming binnen de gezondheidszorg gestalte geven.

Om te voorkomen dat wij relevante instellingen, subjecten en organen niet in onze analyse zouden betrekken, hebben wij besloten het onderzoek te verrichten via het volgen van enkele ontwikkelingen, die ten tijde van onze terreinverkenning de gemoederen hebben bezig gehouden.

Bij de selectie ervan hebben wij ons enigszins laten leiden door de publiciteit die er door de verschillende nieuwsmedia aan is gegeven, (14). Op deze wijze is een viertal gebeurtenissen in twee rubrieken geselecteerd, namelijk:

1. Twee specifieke gezondheidszorgtaken, te weten de bestrijding van hart- en vaatziekten en de bestrijding van de kanker bij kinderen. De eerste dankt zijn publiciteit aan
  - a. het optreden van de Hartpatiëntenvereniging;
  - b. een tweetal conflicten die hebben geleid tot het sluiten van een tweetal hartcentra; en
  - c. het als wisselvallig ervaren beleid van de centrale overheid in zijn streven van voldoende capaciteit voor de behandeling van hartpatiënten te realiseren.

De bestrijding van de kanker bij kinderen heeft zijn publiciteit vooral te danken aan de actie "Geven voor Leven", die is georganiseerd via de televisie, ultimo 1974, en het rumoer daaromheen.

Uitgangspunten voor deze actie zijn geweest:

- "Bevordering van de ontwikkeling van een beperkt aantal oncologische kinder-afdelingen, tevens omvattend diagnostiek, hulpmiddelen, behandelingsapparatuur en personeelsvoorzieningen;
- Centrale documentatie en bestudering van solide tumoren;
- Bevordering van studie en behandeling van leukemie;
- Verbetering van de begeleiding van de jeugdige patiënten en hun ouders;
- Uitbreiding van het fundamentele kankeronderzoek.", (15)

2. Twee op de ordening en beheersing van gezondheidszorgtaken gerichte maatregelen, namelijk de regionalisering van de gezondheidszorg en de toepassing van de vier-promille beleidsnorm.

De regionalisering betreft "de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert", (16).

De publiciteit rondom deze maatregel, door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tot beleidsuitgangspunt gekozen, is onder meer veroorzaakt door de experimentele beleidsvorming, met als doel de operationalisering van het beleid inzake de regionalisering, (17).

De toepassing van de vier-promille norm houdt in een "geleidelijke terugbrenging van de bedcapaciteit van de algemene ziekenhuizen tot de zogenaamde 4 ‰", (18).

Doel is landelijk een situatie te creëren van gemiddeld vier ziekenhuisbedden per 1000 inwoners, hetgeen een reductie betekent van ongeveer 1,5 bedden per 1000 inwoners. Aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen is de opdracht verstrekt de minister te adviseren over de wijze waarop een en ander in de praktijk ten uitvoer moet worden gebracht. De reacties van de eerder genoemde staatssecretaris op de uitgebrachte adviezen met betrekking tot de ziekenhuissituatie in Den Haag (19), Amsterdam (20), en Rotterdam (21), hebben in verschillende media en vakbladen volop aandacht gekregen.

### 3.3 Keuze en motivering van het onderzoeksgebied

De vier genoemde ontwikkelingen hebben met elkaar gemeenschappelijk, dat zij zich binnen de gezondheidszorg manifesteren op een breed terrein. Bestuurscolleges, instellingen, beroepsverenigingen en de consument c.q. de patiënt zijn erbij betrokken.

De in rubriek 2, van paragraaf 3.2, genoemde ontwikkelingen manifesteren zich uitsluitend in de breedte, dat wil zeggen over veel verschillende instellingen en gezondheidszorgtaken, doch beperkt blijven tot een of twee organisatieniveaus. Daarin verschillen zij van de in de eerste rubriek genoemde ontwikkelingen rondom de hartchirurgie en de kanker bij kinderen.

In deze beide situaties is een duidelijk herkenbare beroering teweeggebracht op alle organisatieniveaus, waarbij zijn betrokken bestuurders, bestuurden en patiënten. De beperking betreft hier de breedte, omdat een geringer aantal instellingen en subjecten per organisatieniveau erin zijn betrokken, maar wel alle organisatieniveaus.

De keuze van ons gebied betreft tenslotte de beleidsvorming met betrekking tot de bestrijding van de hart- en vaatziekten. De motieven, die aan de keuze ten grondslag liggen, zijn de volgende:

1. de betrokkenheid van een groot aantal verschillende maatschappelijke groeperingen bij de beleidsvorming, zoals medische specialisten belast met de patiëntenzorg, besturen en directies van ziekenhuizen, de regering, de volksvertegenwoordiging, adviseurs ten behoeve van regering en parlement, medische beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen.

Dit brede scala van groeperingen is in een overzichtelijk aantal organisaties en instellingen geclusterd;

2. de eensgezindheid bij betrokkenen in de herkenning van de problematiek, waardoor het voor de onderzoeker mogelijk is geweest de loop van de informatiestromen te volgen.
3. de situatie dat voor het eerst in de gezondheidszorg van regering en parlement wordt gevraagd een beleid op te stellen en te voeren, dat actief is gericht op de directe uitvoering van de specialistische geneeskunde. De gezondheidszorg is, waar het de geneeskunde betreft, immers door de eeuwen heen een bijna exclusief private aangelegenheid geweest. De overheid beperkte zich daarbij tot het verlenen van subsidies, het doel waarvóór was een zaak die door de medicus werd bepaald. Het zou wel eens zo kunnen zijn, dat ten aanzien van de bepaling van de doelstelling de historische lijn wordt voortgezet.
4. duidelijker dan bij de overige drie terreinverkenningen zijn de bij de beleidsvorming betrokken subjecten te discrimineren op de verschillende organisatieniveaus, uit de totale betrokken populatie.

### 3.4 Probleemverkenning

De probleemverkenning geven wij hieronder weer aan de hand van de informatie, die door verschillende nieuwsmedia rechtstreeks naar de lezer is overgebracht.

Op 3 maart 1971 is het "Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten" uitgebracht door de Gezondheidsraad. Daaraanvolgend verzoekt de toenmalige Minister van Volksgezondheid de Raad een aantal aanbevelingen uit dit rapport inzake de cardiochirurgie nader toe te lichten.

Op 27 september 1972 brengt de daartoe ingestelde Commissie Cardiochirurgische Centra, onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. Nieveen een interim-advies uit inzake uitbreiding van de capaciteit van de hartchirurgische centra. Dit interim-advies gaat verder zijn weg als het rapport-Nieveen. Opvoering van de cardiochirurgische capaciteit zou in drie fasen moeten verlopen:

1. Opvoering van de capaciteit van de zeven bestaande centra tot 250 open hartoperaties per jaar, te bereiken op 1 januari 1976.

2. Uitbouw van de centra in het Academisch Ziekenhuis Utrecht en het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven.
3. Afhankelijk van de behoefte het realiseren van nog een of enkele nieuwe centra.

De toenmalige minister heeft zich kunnen verenigen met het gestelde voor fase 1 en vroeg de dato 12 december 1972 advies aan de Gezondheidsraad omtrent de materiële en personele voorzieningen benodigd voor fase 1.

Inmiddels heeft de hartchirurgische kliniek van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven zijn deuren gesloten en is de hartchirurg vertrokken na een conflict met de medische staf in 1972. Voordien had een conflict tussen de hartchirurg in het Academisch Ziekenhuis Utrecht geleid tot sluiting van zijn hartkliniek in 1971. De pogingen om beide klinieken weer in de cardiochirurgische productie te betrekken hebben eerst in 1978 tot feitelijk succes geleid.

Omstreeks maart 1976 is het de, begin 1977 overleden, voorzitter van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, de heer Fievet, allemaal teveel geworden. Realisering van fase 1 was nog nauwelijks op gang gebracht en de apparatuur van twee hartklinieken stond te verroesten. Hij dreigde met acties en kondigde aan besprekingen te openen met een hartkliniek in Amerika, om Nederlandse hartpatiënten daar te laten opereren.

Op 4 mei 1976 kondigen de nieuwsbladen aan dat Fievet naar Houston gaat voor afrondende besprekingen inzake een luchtbrug voor circa 3000 operabele hartpatiënten naar de hartkliniek van Dr. Denton Cooley. Volgens Fievet moeten per jaar circa 4500 patiënten worden geopereerd, circa 1000 worden er geopereerd en circa 3500 patiënten overlijden jaarlijks voordat ze worden geopereerd.

Omstreeks 14 mei 1976 begint de Tweede Kamer zich ermee te bemoeien. De VVD dringt bij de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan op uitbreiding van het aantal open hartoperaties en een begeleiding van de "Houston-gangers".

Ook de KVP dringt aan op opvoering van de capaciteit van cardiochirurgische centra en uitbreiding van de mogelijkheden voor cardiologisch onderzoek.

De Hartpatiëntenvereniging heeft de zaak rond met Houston en met de ziekenfondsen. De Vereniging stelt de uit Eindhoven vertrokken hartchirurg aan als

begeleider. Het antwoord van regeringsniveau is het instellen van een commissie Hartchirurgie. Op 25 mei 1976 meldt Vrij Nederland dat er sprake is van nalatigheid op beleidsniveau van regeringswege:

- De Staatssecretaris heeft jarenlang volgehouden dat er geen wachtlijsten zijn en geen ondercapaciteit is;
- het advies van de Gezondheidsraad, neergelegd in rapport Nieveen, is nog steeds niet opgevolgd;
- de hartchirurgische centra in Tilburg, Eindhoven en Utrecht zijn nog steeds gesloten en
- de capaciteit van de Universitaire hartcentra is te gering.

Het ziet er steeds meer naar uit dat Vrij Nederland gelijk heeft. Op 5 juni 1976 merkt Professor Nieveen in een interview in de Telegraaf op "als zelfs de uitgangspunten van de planning terzijde worden geschoven, waar ben je dan?".

Ook de hoofdredacteur van Medisch Contact, het tijdschrift van de K.N.M.G., bagatelliseert de ondercapaciteit, (14).

Op 5 juni 1976 weten de dagbladen te melden dat de Staatssecretarissen van Onderwijs en Wetenschappen en Volksgezondheid en Milieuhygiëne de Tweede Kamer een "notitie" aanbieden waarin is gesteld:

- hervatting van de hartchirurgie in Eindhoven en Utrecht (Academisch Ziekenhuis Utrecht), "wellicht binnen een jaar";
- toestemming aan het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht om kinderhartchirurgie te gaan bedrijven;
- verdere uitbouw van bestaande centra op "evenwichtige wijze" en
- oprichting van enkele nieuwe centra.

In een brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, handelende over de ontwikkeling van de hartchirurgie in Nederland, zou een getal van 3300 benodigde open hartoperaties zijn genoemd. Deze brief is besproken in de Commissies voor Volksgezondheid en Onderwijs en Wetenschappen. Inmiddels is omstreeks juli 1976 een rapport van de Gezondheidsraad verschenen inzake uitbreidingsmogelijkheden van hartcatheterisaties tot 20.000 en open hartoperaties tot 4 à 5000 per jaar. Deze aantallen moeten gerealiseerd zijn omstreeks 1979-1980.



Terwijl de Gezondheidsraad eventuele luchtbruggen naar Genève, New York, Cleveland en Ohio bestudeert, laat de Staatssecretaris aan de Vaste Commissies voor Volksgezondheid en Onderwijs en Wetenschappen weten, dat hij twijfelt aan de noodzaak van hartluchtbruggen, aldus de Volkskrant van 8 juli 1976. Via het verstrekken van vergunningen kan hij uitbreiding en oprichting van hartcentra reguleren.

Deze uitlating leidt ertoe dat verschillende gemeente- en ziekenhuisbesturen aanvragen terzake indienen zoals bijvoorbeeld:

- Burgemeester en Wethouders van Rotterdam. Zij hebben, evenals in januari daaraan voorafgaand, in augustus 1976 aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een verzoek gedaan om de open hartchirurgie in het Zuidoosterziekenhuis weer op gang te brengen en daartoe voorzieningen te treffen. Op 23 september weten de nieuwsbulletins te melden dat goedkeuring is verleend.
- Burgemeester en Wethouders van Bergen op Zoom;
- Maastricht stelt zich medio september kandidaat;
- Het Groot-Ziekengasthuis in Den Bosch, en
- de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging komt met een plan een eigen hartkliniek te beginnen.

De dato 10 augustus vertrekt de staatssecretaris vervolgens naar Houston om onder meer de kliniek van Cooley te bezichtigen. Bij zijn vertrek stelt hij nogmaals, dat de capaciteit rond 1980 op het gewenste peil moet zijn. Wat dit in productiecijfers betekent, wordt niet in concreto medegedeeld.

De Gezondheidsraad broedt inmiddels op een rapport, waarin aanbevelingen zullen worden gedaan omtrent de luchtbrug.

Een week later keert de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne terug op Schiphol en deelt desgevraagd mee, dat op korte termijn de capaciteit moet worden opgevoerd tot 5000 operaties per jaar, daarmee voor de zoveelste maal een ommekeer in het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg teweeg brengend. Voor de hartpatiënten lijkt er evenwel een lichtpunt te komen.

Het beleid van de beide betrokken staatssecretarissen is sterk beïnvloed door de ervaringen in de Verenigde Staten, door de successen van de hartluchtbrug en het derde rapport open hartchirurgie van de Gezondheidsraad. Zij bieden drie alternatieven:

- a. verhogen van de capaciteit van bestaande centra;
- b. samenvoegen van centra tot enkele grote;
- c. oprichten van nieuwe centra.

In het "Beleidsplan voor Hartchirurgie" van de staatssecretarissen, zeggen zij toe dat bestaande centra zullen worden uitgebreid, dat de capaciteit in de academische ziekenhuizen zal worden opgevoerd tot elk 400 en in het Antonius Ziekenhuis in Utrecht tot 1000 open hartoperaties per jaar. Zij weigeren in te gaan op het advies van de Gezondheidsraad om te streven naar 5500 à 6500 operaties in 1980, op grond van onzekerheden bij de hantering van normen voor het "operatiegeschikt zijn". Deze onzekerheden worden door de Gezondheidsraad bestreden.

De aanvraag aan Maastricht ontlokt een 'voorlopig niet'. De Limburgia van 20 oktober 1976 meldt "Het Haagse beleid is erop gericht geen nieuwe centra op te richten, omdat dat de bestaande centra zou uithollen. Er is namelijk een tekort aan gespecialiseerde hartchirurgen, zo menen de staatssecretarissen. Ze beloven wel dat Maastricht meetelt wanneer er over uitbreiding van het aantal hartcentra gesproken gaat worden".

Op 15 december 1976 melden de nieuwsbladen dat de Staatssecretaris geen uitbreiding overweegt van het aantal hartcentra en dat hij twijfelt aan het advies van de Gezondheidsraad over de groei van het aantal hartoperaties, terwijl toch de verenigingen van Cardiologen en Hartchirurgen ervoor pleiten het advies van de Raad op te volgen.

De uitgave van Elseviers Weekblad van 11 december 1976 verwoordt wat inmiddels aan een ieder duidelijk lijkt te zijn. "Het meest verrassende in deze ontwikkeling is eigenlijk wel, dat de staatssecretarissen een door de permanente begeleidingscommissie voor de hartchirurgie (Gezondheidsraad) aanbevolen beleidslijn naast zich hebben neergelegd. Het gaat hierbij niet alleen om het aantal coronaire ingrepen, maar meer nog om de spreiding van de hartchirurgische activiteiten".

### 3.5 Hypothesevorming

#### Hypothese 1.

In het verleden heeft de overheid zich met betrekking tot de gezondheidszorg

van zijn taak gekweten door deze tak van dienstverlening slechts te bewaken, waar het de kwalitatieve aspecten betreft, (22). Het vrije spel der krachten, resulterend in het op gang brengen en houden van bestaande en nieuwe vormen van dienstverlening. Het creëren van daarvoor benodigde huisvesting en andere faciliteiten is met de komst van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen in 1971 eerst sterk ingedamd. Het was, respectievelijk is, de taak van de verschillende geneeskundige inspecties om alleen toe te zien op de kwaliteit van de geneeskundige zorg, (23). Deze situatie heeft ertoe geleid dat de gezondheidszorg ongeremd tot volle wasdom kon komen, ten koste van tenslotte omvangrijke financiële offers. Uitgedrukt in procenten van het bruto nationaal produkt tegen marktprijzen, bedragen de kosten van de gezondheidszorg bijna tien procent, (24). Tabel 3.1 toont hoe in een periode van 25 jaren de kosten van de gezondheidszorg zijn toegenomen, (25).

Omschrijving	1953	1958	1963	1968	1970	1972	1977
in mld. guldens	0,8	1,4	2,2	5,3	7,4	10,5	21,6*
in % BNP (m.p.)	3,2	3,8	4,3	5,9	6,5	7,1	8,4*

Tabel 3.1 : De kosten van de gezondheidszorg in Nederland in de periode 1953 - 1977                      \*) raming

Als gevolg van de kostenontwikkeling is de volksgezondheid een zaak van nationaal belang geworden. Reeds in 1966 zou het volksgezondheidsbeleid onder meer worden gericht op het voorkomen dat de uitgaven ten behoeve van de volksgezondheid een te groot beslag op de nationale middelen zullen leggen, (26). In de opvolgende jaren worden beleidsmaatregelen getroffen met als doel de kostenstijging een halt toe te roepen via een beperking van onder meer de volumegroei. Wij wijzen op het:

- terugbrengen van het gemiddeld aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners van 5,6 tot 4;
- onthouden van goedkeuring voor de nieuwbouw van enkele academische ziekenhuizen, (27); en
- beteugelen van de vraag naar gezondheidszorgdiensten (28).

Hieraan ontlelen wij onze hypothese, dat *het beleid van de centrale overheid inzake de gezondheidszorg in hoge mate wordt gestuurd en beheerst door de beschikbare financiële middelen. Anders gezegd, het beleid op dit organisatieniveau is middelen-bepalend.*

## Hypothese 2.

De situatie dat besturing en beheersing door de overheid via de financiële middelen verloopt is in het verleden duidelijk anders geweest. Vanouds heeft de overheid de gezondheidszorg door middel van het creëren van financiële mogelijkheden een klimaat geschapen, waarin het stelsel van zorgverlening zich autonoom heeft kunnen ontwikkelen. Geleidelijk aan gaat de overheid meer invloed uitoefenen op de gezondheidszorg.

Het beleid gaat in 1966 en 1974 uit van het binnen bereik brengen van de gezondheidszorg voor elke burger. Dat wil zeggen dat voorzieningen voor een ieder, die daaraan behoefte heeft, beschikbaar en toegankelijk moeten zijn en dat een zo volledig mogelijk pakket van voorzieningen aanwezig dient te zijn. Doelbewust wordt daarom gewerkt aan opzet en uitwerking van een stelsel van wetten (29), waarvan de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een onderdeel is, om de overheid instrumenten te verschaffen om de gezondheidszorg systematisch te plannen en te beheersen. Gelijktijdig worden maatregelen gericht op beheersing van de kosten via volumereductie en vraagbeperking ten uitvoer gebracht.

*Het doelbewuste ingrijpen van de overheid in de gezondheidszorg maakt, veronderstellen wij, dat het beleid niet meer is gericht op het scheppen van voorwaarden om de gezondheidszorg mogelijk te maken, maar op het stellen van voorwaarden om de gezondheidszorg bewust te besturen, te plannen en te beheersen.*

## Hypothesen 3 en 4.

Het feit dat financiële middelen beperkt beschikbaar zijn impliceert dat keuzen moeten worden gedaan over de aanwending ervan. Het betekent ook dat niet alle voorzieningen meer kunnen worden beschikbaar gesteld. Met andere woorden, de doelstelling 'gezondheidszorg voor een ieder' blijft formeel overeind staan, maar materieel kan er onvoldoende inhoud aan worden gegeven.

*Deze ontwikkeling zal leiden tot uitlokking van optreden van actiegroepen en buitenparlementaire acties, zoals in hoofdstuk 8 is weergegeven. Dit zal met zich meebrengen, dat het beleid mede zal worden vormgegeven door niet ratio-nale invloeden. Deze invloeden samen met de maatregelen gericht op de kosten-beheersing leiden tot de hypothesen dat:*

- *het gevoerde beleid consistent noch consequent is;*
- *het beleid geïsoleerd tot stand komt, los van interdependente beleidsgebieden.*

Aan de laatstgenoemde hypothese ligt mede ten grondslag de invloed van de medische specialist, die is betrokken bij de directe patiëntenzorg. Een invloed op het beleid, die wordt bepaald door zijn activiteiten gericht op het verkrijgen van de benodigde faciliteiten om zijn patiëntenzorgtaak mogelijk te maken.

#### Hypothese 5.

Op het niveau van de directe patiëntenzorg uitgeoefend in ziekenhuizen, vindt taakvervulling plaats direct ten dienste van de patiënt. De specialistische geneeskunde heeft ertoe geleid dat patiënten afhankelijk van hun ziekte worden verwezen naar een medische specialist. Het indelen van patiënten naar categorieën ziekten wordt verklaard uit het verbijzonderingsproces in de geneeskunde dat heeft geleid tot afsplitsing van gespecialiseerde taakgroepen. Elke gespecialiseerde eenheid heeft specifieke wensen ten aanzien van medewerkers, materiële- en ruimtelijke middelen, afgeleid uit de eigen opvatting omtrent de specifieke patiëntenzorgtaak. De opvattingen zijn het resultaat van de medische specialistische vorming omtrent het onderzoeken en behandelen van een specifieke groep van patiënten ingedeeld naar symptomen, bij uitsluiting van andere specifieke groepen.

Op grond hiervan is onze hypothese *dat het beleid op het uitvoerende patiëntenzorg-niveau wordt bepaald door gecategoriseerde medisch-professionele aspecten.* Dit vormt de aanzet tot een categorisering in de beleidsvorming naar het meso- en macroniveau toe met als gevolg een verkokering van het beleid.

#### Hypothese 6.

Het klimaat van voorwaarden stellen ten aanzien van bouw en inrichting van ziekenhuizen, omvang van gespecificeerde voorzieningen, normen van personeelsvoorziening, financiering en tarieven en de invloed van medische specialisten op de faciliteitenverwerving leidt tot de formulering van de volgende hypothese.

*Het functioneren van het ziekenhuis als organisatie is de resultante van het medisch gespecialiseerde denken en handelen op het uitvoerende niveau en het niveau van regering en parlement, waar het beleid wordt vastgesteld en de voorwaarden geformuleerd.*

### 3.6 Probleemstelling

De publicatie van het advies van de Commissie Nieveen de dato 3 maart 1971, zie paragraaf 6.2, luidde een tijdperk in, waarin gestreefd zou worden het groeiend aantal patiënten lijdende aan hart- en vaatziekten adequaat te behandelen. Dit integrale advies is opgevolgd door nog een aantal adviezen met betrekking tot de problematiek van de hart- en vaatziekten, welke zijn aangeboden aan de, als gevolg van het verstrijken van jaren, verschillende betrokken Ministers van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Enkele ministeriële maatregelen zijn hiervan het gevolg geweest. Aanvankelijk hadden zij voornamelijk betrekking op de primaire preventie, maar later circa 1975/76, waren zij meer geconcentreerd op de uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit.

Anno 1978/79 heerst onder een aantal cardiopulmonale chirurgen en cardiologen, de verenigingen van hartpatiënten, een aantal volksvertegenwoordigers en andere betrokkenen nog steeds de mening, dat er sprake is van een tekort aan hartchirurgische faciliteiten, in termen van personele-, materiële- en ruimtelijke middelen. Dit tekort is afgeleid uit de vergelijking van de prognose van het aantal te verrichten open hartoperaties, per jaar, per 1980, zie paragraaf 6.10, met het aantal operaties dat jaarlijks in Nederland is verricht in de jaren tot 1978, (zie tabel 7.2.1, bladzijde 76).

Het algemene beleid wordt bepaald door grenzen te stellen aan de groei van de collectieve uitgaven, een loon/prijsbeheersing te realiseren en een nivellering van inkomens door te voeren.

Vertaald naar de gezondheidszorg betekent dit onder meer een restrictief beleid voor de volumeontwikkeling en een vraagbeteugeling, (30).

Het is in de curatieve zorgverlening niet eerder voorgekomen dat de centrale overheid een beleid is gaan uitzetten omtrent een specifieke categorie van onderzoek- en behandelingsmogelijkheden waar zoveel maatschappelijke groeperingen bij zijn betrokken (geweest). Dat zulks is geschiedt houdt naar onze mening verband met de gewenste vraag- en volumebeheersing, de kosten van deze specifieke voorzieningen en de dramatische omvang van de sterfte ten gevolge van hart-vaatliden, (zie tabel 6.2.1, bladzijde 46).

Dit laatste heeft de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1968) ertoe gebracht de Gezondheidsraad advies te vragen omtrent de meest effectieve en efficiënte bestrijding van hart- en vaatziekten. Zijn gedachten zijn voornamelijk gericht geweest op de mogelijkheden van vroegtijdige opspo-

ring en voorkomen van deze categorie ziekten, in Nederland. Het advies van de Gezondheidsraad (1971) heeft zich echter ook uitgestrekt tot mogelijkheden op het curatieve-, secundair preventieve- en revaliderende gebied. Daarmee is de overheid betrokken geraakt in de totstandkoming van een beleid, waarvan mede de ontplooiing van een specifieke categorie van curatieve zorgverlening deel uitmaakt.

Het beleid met betrekking tot de aanpassing van vraag naar en aanbod van de hartchirurgische capaciteit is onderhevig aan de beïnvloeding van een groot aantal instanties, instellingen en individuen. Het resultaat van de vele verschillende acties, die wisselend het karakter dragen van adviezen, onderzoeken, aanvragen, besluiten, toezeggingen, pressie en intentieverklaringen, hebben, anno 1979, nog niet het beoogde resultaat opgeleverd.

Op ten minste drie organisatie-niveaus vindt de gedachtenvorming, beleidsvoorbereiding en besluitvorming terzake plaats. Te onderscheiden zijn het niveau van de (centrale) overheid als ambtelijk en politiek orgaan met inbreng van de verschillende wettelijke adviesorganen en maatschappelijke belangengroeperingen, het niveau van de individuele betrokken ziekenhuisorganisaties en het niveau van de deskundigen, die daadwerkelijk de verrichtingen doen en daarvoor de verantwoordelijkheid dragen.

De samenhang van de open hartchirurgie met andere disciplines is groot. Dit betekent dat bij een uitbreiding van de faciliteiten met als doel het onderzoeken en behandelen van meer patiënten ook aan eventuele uitbreiding op andere terreinen aandacht dient te worden besteed. Bijvoorbeeld een te opereren cardiochirurgische patiënt dient in de preoperatieve fase te worden onderzocht op verdenking van haardinfectie door de tandarts. Uitbreiding van het aantal patiënten kan bij overschrijding van bepaalde grenzen uitbreiding van tandheelkundige onderzoek- en behandelingsmogelijkheden noodzaken.

Bij de keuze en formulering van het beleid in de gezondheidszorg moet rekening worden gehouden met de effecten, ten gevolge van de ontwikkeling van een specifieke categorie van zorgverlening, op andere samenhangende zorggebieden.

De publiciteit, die door verschillende nieuwsmedia is gewijd aan de problematiek van de aanpassing van de hartchirurgische voorzieningen aan de behoefte lijkt niet direct in juiste proporties te staan met hetgeen wij vanuit het ziekenhuis terzake hebben ervaren. Echter onze visie op de werkelijkheid zal wellicht evenmin volledig worden gedeeld door andere betrokkenen. Uit deze

discrepantie is de behoefte gegroeid inzicht te krijgen in en een verklaring te zoeken voor de wijze waarop het beleid wordt voorbereid en besluiten worden gevormd.

Onze analyse is gericht op de totstandkoming van het beleid. Een groot aantal krachten werkt hierin mee. De benadering van de problematiek vanuit een gesloten onderzoeksmodel blijkt niet de aangewezen weg. Wij hebben op grond van deze ervaring gekozen voor een heuristische onderzoeksbenadering van de probleemstelling. Op deze onderzoeksmethode komen we terug in het volgende hoofdstuk. De vraagstelling betreft de keuze van de doelstellingen op het niveau van de centrale overheid en het niveau van de ziekenhuizen en de vertaling van de beleidslijnen naar de uitvoerders toe.

### 3.7 Aanvullende hypothesen

#### Hypothese 7.

Eerder is gesteld dat een groot aantal krachten de beleidsvorming inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten beïnvloedt. Daar zijn de aanvragen om personele-, materiële- en ruimtelijke middelen van de medische specialisten, de adviezen van de Gezondheidsraad ten behoeve van de beleidsvoorbereiding, de aanvragen van besturen en directies van ziekenhuizen om goedkeuring van de verantwoordelijke minister om hartchirurgie in het voorzieningspakket op te nemen dan wel uit te breiden. Er is het optreden van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging en de vraagstellingen van parlementariërs. Rationele en irrationele factoren beheersen het beeld van de beleidsvorming.

*Onze hypothese is, dat een stelsel van normen en waarden, waaraan feitelijke objectiveerbare toetsingsmaatstaven ontbreken, aan de realisering van het beleid ten grondslag ligt.*

#### Hypothese 8.

Dezelfde krachten zijn verantwoordelijk voor een eenzijdige benadering van de problematiek van de ziektebestrijding, waarin maatregelen gericht op vergroting van de curatieve zorg, overheersen. Dit betekent een op uitbreiding van het volume gericht accellererend effect, dat in strijd komt met het beheersen van het volume en terugdringen van de kosten. Afrondend veronderstellen wij dat, om weerstand te kunnen bieden aan de enorme druk waaronder de verantwoordelijke bewindslieden zijn komen te staan en gelijktijdig het gekozen algemene beleid te dienen, de factor tijd het instrument is om enerzijds 'mondjesmaat' toe te geven aan de vraag naar voorzieningen en anderzijds niet teveel af te wijken van het algemene beleid.



### 3.8 Conceptualisering van beleidsvorming

De conceptualisering van 'beleid' vertoont verschillen van inzicht. Zij betreffen een drietal elementen, dat in combinatie in veel definities niet aan de orde is. De elementen zijn 'doelstelling' en 'middelen', de 'handeling' en het 'tijds-element', (31). In de omschrijving van Hoogerwerf (1972) is aan de combinatie van deze elementen ruimschoots aandacht besteed. Beleid is volgens hem "een min of meer weloverwogen streven bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en in een bepaalde tijdsvolgorde te bereiken", (32). De doeleinden bepalen de richting waarin middelen worden aangewend en activiteiten verricht. In de realisering van doeleinden is onderscheid te maken tussen hoofddoeleinden, welke voor andere doeleinden om verwezenlijking vragen, (33), en tussen finale- en afgeleide doelstellingen.

De laatste vormen de middelen om de finale doelstelling te bereiken. In de doelstellingshiërarchie neemt de abstractie en het waardeoordeel toe naarmate men hoger in de hiërarchie komt, (34). Bijvoorbeeld: doelstellingen in de gezondheidszorg luiden vaak in termen van 'bevordering van overleg, informatie en samenwerking ...', (35), '... een zo goed en verantwoord mogelijk stelsel van gezondheidsvoorzieningen te verkrijgen ...', (36), 'het stimuleren van de gezondheidszorg binnen de provincie ...', (37), 'kennismaking, dat wil zeggen zich verdiepen in elkaars werkzaamheden/functionies; het onderwerpen van een duidelijke, goed functionerende en zo eenvoudig mogelijke structuur, dit is het scheppen van een "systeem"; ..', (38).

Wat in deze doelstellingen wordt verstaan onder 'goed', 'verantwoord', 'duidelijke' en 'eenvoudig' is moeilijk aan te geven. Deze waarde-elementen dragen een betekenis met zich mee, waarvan het niet goed mogelijk is deze in een operationele definitie om te zetten. De inhoud die wij eraan toekennen is geheel afhankelijk van de periode waarin wij leven.

De abstractie en het waardeoordeel nemen in betekenis af naarmate men afdaalt in de hiërarchie van afgeleide doelstellingen hetgeen ten gunste gaat van een toenemende concrete invulling en feitelijk oordeel. Bijvoorbeeld de adviezen ten behoeve van de concretisering van het beleid gericht op volumebeheersing en -beperking, van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, vermelden eenduidig hoeveel bedden en in welke ziekenhuizen in de onderzochte gebieden zullen moeten afvloeien.

Simon's (1967) onderscheid in waardeoordeel en feitelijk oordeel is van belang om de juistheid van de keuzen van de beleidsdoelen te toetsen aan feitelijke en objectieve maatstaven. Toetsing van waardeoordelen, zoals bijvoor-

beeld de ethische uitspraken van 'goed' en 'slecht' is niet rationeel of empirisch mogelijk. Anders is dit bij feitelijke oordelen. Deze hebben betrekking op de waarneembare werkelijkheid en de wijze waarop deze verloopt. Op grond hiervan zijn deze objectief van aard. Toetsing vindt plaats op basis van het werkelijk voorkomen van de feitelijkheid.

De keuze van de middelen naar aard en omvang is een aangelegenheid die in hoge mate wordt bepaald door degenen die zijn aangewezen de doeleinden te realiseren.

Het aangeven van de tijd en de tijdsvolgorde waarbinnen de doelstellingen bereikt moeten zijn is het derde belangrijke element in de definitie van Hoogerwerf. Bij de totstandkoming van een beleid kan de tijd worden benut om een bepaalde strategie en tactiek uit te stippelen. Hoogerwerf noemt als voorbeelden "de vertragingstactiek", 'de salamtactiek' en de 'uitputtingstactiek' als keuze van tijdstippen van realisering, (39).

Beleid omvat "zowel de vorming, de inhoud en de implementering van beleid, als de randvoorwaarden, die deze drie aspecten voor elkaar scheppen", (40).

Het formuleren van de doelstelling, het aangeven van de middelen en de vaststelling van de termijn is een selecterend keuzeproces waarin zijn te herkennen de fasen van, (41):

1. de probleemherkenning;
2. de probleemformulering en het stellen van de doeleinden;
3. het opsporen, analyseren en opstellen van alternatieve oplossingen;
4. het kiezen van de beste oplossing, onder specificatie van de randvoorwaarden;
5. het omzetten van de beslissing in praktisch handelen.

Het keuzeproces van doeleinden en middelen wordt in zijn ideale vorm wel het synoptisch model van beleidsvorming genoemd. De kenmerken daarvan zijn volmaakte kennis en onbeperkte hoeveelheid middelen, waarbij de keuze wordt bepaald door de afweging van kosten en baten in relatie tot de bereikbaarheid van de doelstellingen, (42).

Braybrooke en Lindblom (1969) stellen hiertegenover het model van "disjointed incrementalism". Centraal staat daarin de opsporing, identificatie en formulering van het probleem en de daarop gebaseerde specificatie van de doelstellingen. Deze aanpak levert een beter beleid op, omdat alle participanten gefragmenteerd marginaal te werk gaan. Alle waarden waarop het beleid betrekking heeft, worden door alle belanghebbenden verdedigd, in het zogenaamde "advocacy process", waardoor geen enkel ongunstig neveneffect over het hoofd wordt gezien. De coördinatie vindt in dit model plaats op het niveau van de

allocatie van de middelen en niet van de doelstellingen. De rationele analyse heeft betrekking op de keuze van de middelen voorzover men deze kent. Het streven is er niet op gericht alle alternatieven te kennen. De keuze en selectie van finale doelstellingen wordt vooruit geschoven, (43).

De gesuggereerde tegenstelling is, naar onze mening, niet meer dan een vermeende. Het betreft hier een tweetal analysetechnieken, die in verschillende situaties toepasbaar zijn. Berg (1977) merkt op "zijn de achtergronden en de gevolgen in hoge mate bekend, dan hanteren we rationele besluitvormingstechnieken", (44). Is dit dus niet het geval, dan komt het beleid bij stukjes en beetjes tot stand.

### 3.9 De probleemstelling nogmaals omschreven

Het doel van ons onderzoek is inzicht te krijgen in de structuur, als ordeningsprincipe, van de beleidsvorming in de gezondheidszorg. De uitgestrektheid van het aanvankelijke onderzoeksgebied is ingeperkt tot de keuze van een 'casus'. Op grond van eerder aangegeven motieven is gekozen voor de analyse van de beleidsvorming inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten. Bij de bestrijding zijn in ieder geval betrokken:

- medische specialisten, die hiervoor speciale voorzieningen nodig hebben;
- ziekenhuizen, waarin de voorzieningen worden geplaatst;
- de overheid, om ervoor te zorgen dat het beleid wordt vastgesteld en de benodigde financiële middelen beschikbaar komen;
- tenminste één wettelijk adviesorgaan, de Gezondheidsraad, dat de minister adviseert omtrent maatregelen die moeten worden getroffen;
- patiëntenverenigingen, die zich in verschillende situaties manifesteren ter beïnvloeding van de keuze van de doelstellingen, middelen en tijdstip van realisering;
- ziektekostenverzekeraars.

De analyse betreft de verschillende fasen van het beleidsvormingsproces, de objectiveerbare grondslagen van de gedane keuzen en het allocatieproces van de middelen.

Tenslotte is onze aandacht gericht op die dominerende krachten, die het beleid herkenbaar beïnvloeden en vormgeven.

## Noten hoofdstuk 3

1. Zie o.m.  
 Pugh, D.S., D.J. Hickson, C.R. Hinings, a.o. : A conceptual scheme for organizational analysis; Administrative Science Quarterly, Vol. 8, 1963, p. 289-315.  
 Pugh, D.S., D.J. Hickson, C.R. Hinings and C. Turner : The context of organization structures; Administrative Science Quarterly, Vol. 14, no. 1, p. 91-114.  
 Pugh, D.S., D.J. Hickson, C.R. Hinings : An empirical taxonomy of structure of work organizations; Administrative Science Quarterly, Vol. 14, no. 1, p. 115-126.
2. Mesoniveau omschrijven wij als het niveau van bestuur, directie en staf-functionarissen, ten dienste van een van beide organen, binnen een ziekenhuisinstelling. Wij komen hierop in paragraaf 4.2 terug.
3. Simon, H.A. : De besluitvorming in de organisatie; J.H. De Bussy, Amsterdam, 1967, p. 53.
4. Dror, Y. : Public policymaking reexamined; Leonard Hill Books, U.S.A., 1973.
5. Visser, G.R. : Beter zorgen voor de gezondheidszorg; niet gepubliceerd verslag, Vakgroep Bedrijfskunde Landbouw Hogeschool, Wageningen, september 1976, p. 5.
6. Lawrence, P.R. and J.W. Lorsch : Differentiation and integration in complex organisations; 1967.
7. Schroeffer, H.J. van der : Leiding en organisatie van het bedrijf; vierde, bijgewerkte druk, N.V. Kosmos, Amsterdam, 1974, p. 298.
8. Lange, J. de en P.B. Lehning : Le client roi, c'est moi : krijgt de burger wat hem toekomt; Beleid en Maatschappij, 1976, p. 276.
9. Koch, K. : Rationaliteit en rationeel gedrag : Definitie en hypothese; Acta Politica, jrg. XI, 1976, nr. 3, p. 312-364.
10. Tweede Kamer der Staten-Generaal : Regelen betreffende de openheid en openbaarheid van bestuur, (Wet openbaarheid van bestuur), de dato 26 mei 1975, zitting 1974-1975, 13.418, nrs. 1-4.
11. Groot, A.D. de : Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen; zevende druk; Mouton & Co., 's-Gravenhage, 1972, p. 87, e.v.
12. Pen, J. : Wat zijn maatschappelijke structuren; Mededelingen der Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, afd. Letterkunde, Nieuwe Reeks - deel 37, no. 5, B.V. Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij - Amsterdam, 1974.
13. Centraal Bureau voor de Statistiek : Statistisch Zakboek 1978; Voorburg, september 1978. Zie ook noot 24.
14. Zie voor de periode 1975-1976 de edities van : Accent, Algemeen Dagblad, Elseviers Weekblad, De Limburgia, N.R.C.-Handelsblad, De Telegraaf, De Volkskrant, Vrij Nederland en Medisch Contact, jrg. 31, nr. 23, 4 juni 1976, p. 739.
15. Vries, J.A. de, G.E. van Zanen en P.A. Voûte : Toekomst van de Kinderoncoloogie in Nederland - 1975; 2e herziene druk, "Acca" Offset, B.V., Heerhugowaard, november 1975.

16. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1974, p. 10.
17. Zie de experimenten met vijf proefregio's : Eindhoven, Friesland, Kennemerland, Nijmegen en Zuid-Limburg.
18. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974, t.a.p. p. 34.
19. College voor Ziekenhuisvoorzieningen : Rapport Commissie Den Haag; Utrecht, februari 1974.
20. College voor Ziekenhuisvoorzieningen : Rapport en advies ziekenhuissituatie Amsterdam; Utrecht 3 mei 1976.
21. College voor Ziekenhuisvoorzieningen : Advies ziekenhuissituatie Rotterdam; Utrecht, december 1977.
22. Querido, A. : Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1965.
23. Gezondheidswet van 18 januari 1956, S.51 en wijzigingen daarop, artikel 36, e.v.
24. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982, nr. 1; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, september 1977.  
Idem : Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983, nr. 2; Staatsuitgeverij 's-Gravenhage, september 1978.
25. Centraal Bureau voor de Statistiek en Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1974; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974.  
Centraal Bureau voor de Statistiek : Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland, 1972; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1976.
26. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid : Volksgezondheidsnota 1966, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1966.
27. Dit raakt vooral de Academische Ziekenhuizen van Leiden, Utrecht, Groningen en Maastricht.
28. Zie onder meer : Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1978-1979, 15.540 nrs. 1-2 : Het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling, de dato 29 maart 1979.
29. Wet Ziekenhuisvoorzieningen, van 25 maart 1971, Staatsblad 268; Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977, 14.181, nrs. 1-4 : Regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg (Wet voorzieningen gezondheidszorg), de dato 22 oktober 1976.  
Idem : zitting 1976-1977, 14.182, nrs. 1-3 : Regelen met betrekking tot de tarieven van organen voor gezondheidszorg (Wet tarieven gezondheidszorg), de dato 22 oktober 1976.
30. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982, nr. 1, september 1977.
31. Hoogerwerf, A. (red.) : Overheidsbeleid; Samson, Alphen a/d Rijn, 1978, p. 22-23.

32. Hoogerwerf, A. : Politicologie, begrippen en problemen; Samson, Alphen a/d Rijn, 1972, p. 63.
33. Hoogerwerf, A. : 1972, t.a.p., p. 64.
34. Simon, H.A. : De besluitvorming in de organisatie; J.H. de Bussy, Amsterdam, 1967.
35. Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Rotterdam : Statuten; Rotterdam, de dato 10 mei 1972.
36. Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland : Ontwikkelingsplan; Kennemerland, oktober 1976, p. 8.
37. Gezondheidswet, van 18 januari 1956, artikel 47.
38. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Gelderland; Districtscommissie Nijmegen : Eerste concept ontwikkelingsprogramma, Arnhem, december 1976.
39. Hoogerwerf, A. : 1972, t.a.p., p. 65.
40. Gunther Moor, L. en R. van Hezewijk : Wetenschap en beleid in het kritisch rationalisme; Beleid en Maatschappij, jrg. IV, 1977, no. 9, p. 230.
41. Zie o.m. : Drucker, P.F. : Management in de praktijk; zesde druk, J.H. de Bussy, Amsterdam, 1970.  
 Massie, J.L. : Essentials of Management; Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1971.  
 Simon, H.A. : The new science of management decision; revised edition, Prentice Hall Inc., New Jersey, 1977.
42. Zie o.m. : Aquina, J.H. : Beleidsanalyse in de politicologie; in :  
 A. Hoogerwerf, e.a. : Beleid belicht I, sociaal wetenschappelijke beleidsanalyse; Samson, Alphen a/d Rijn, 1972, p. 44 e.v.  
 Ringeling, A.B. : Politieke Besluitvorming; in : M.P.C.M. van Schendelen : Kernthema's van de politicologie; Boom Meppel, 1976, p. 156 e.v.
43. Braybrooke, D. and C.E. Lindblom : A strategy of decision, policy evaluation as a social process; third edition, The Free Press, New York, 1969, p. 48 e.v.
44. Berg, E.L. : Wanneer bepaalt het parlement nu eigenlijk het overheidsbeleid? Bestuurswetenschappen, 31e jrg. nr. 4, juli-augustus 1977, p. 235.

#### 4. METHODOLOGIE

##### 4.1 Object van onderzoek

Wetenschappelijk organisatieonderzoek is gericht op het verkrijgen van inzicht in samenwerkingsprocessen.

Gebruikelijk is het dat daarbij wordt uitgegaan van een bepaald raamwerk van probleemstelling en veronderstellingen. Daarna vindt modelontwikkeling plaats aan de hand waarvan hypothesen worden getoetst. Bij gebleken verificerbaarheid van de voorspellingen van de specificaties, die deel uitmaken van het model, wordt een nieuwe dimensie aan de organisatiewetenschap toegevoegd.

Een typische configuratie is slechts specifiek aanwijsbaar door middel van onderzoek en is vooraf niet in te vullen. Daarom hebben wij het research-proces gekozen als uitgangspunt en de researchtaken als ordening.

Het object van ons onderzoek is de beleidsvorming in de gezondheidszorg rond de bestrijding van hart- en vaatziekten. Feitelijk staat daarbij centraal de analyse van het relatiepatroon, tussen individuen en groepen individuen, noodgedwongen gevormd door een gemeenschappelijk ervaren schaars-teprobleem en de inspanningen gericht op het opheffen van de schaarste.

In de volgende hoofdstukken hebben wij beschreven hoe de chaotische werkelijkheid functioneert. We hebben aangetoond dat het resultaat onder druk tot stand is gekomen en dat het ordenend mechanisme in dit functioneren het presiemiddel is van individuen en groepen individuen.

##### 4.2 Indeling in organisatieniveaus

Het onderzoek verloopt langs drie organisatieniveaus te weten het micro-, meso- en macroniveau, (1).

Op het microniveau vindt de uitvoerende activiteit ten dienste van de patiënt plaats. Een activiteit die in hoge mate wordt gekenmerkt door de professionele deskundigheid van de medische specialist, verbonden aan een ziekenhuis.

Het mesoniveau wordt voorgesteld als het niveau van de management-activiteit van besturen en directies van ziekenhuizen. Op dit niveau vindt de afweging plaats van de mogelijkheden tot een afdelingsgewijze ontplooiing ten opzichte van de beschikbare financiële middelen.

Tot het mesoniveau rekenen wij ook staffunctionarissen werkzaam ter ondersteuning van de management-activiteit.

Het derde niveau is het macroniveau, waar de keuze en de vaststelling van het beleid in de gezondheidszorg in het algemeen en gespecificeerd naar onderdelen in het bijzonder plaats vindt. Tot het macroniveau rekenen wij regering, parlement, wettelijke adviesorganen en organisaties zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en Cardiopulmonale Chirurgie. De genoemde verenigingen zijn bij het macroniveau ingedeeld, omdat zij volledig autonoom handelen en optreden als belangenbehartiger van specifieke groepen individuen.

#### 4.3 Methode van onderzoek

Langs drie verschillende wegen is onderzoek verricht naar de wijze waarop de beleidsvorming gestalte krijgt. Op het macroniveau is de beleidsvoorbereiding getraceerd via adviezen van commissies van de Gezondheidsraad en de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Voor het traject van de beleidsvaststelling en -uitvoering zijn documenten zoals handelingen, aanhangsels en bijlagen van de beide Kamers der Staten-Generaal, notulen, brieven en verslagen van de verantwoordelijke bewindslieden, voorzover daarin op enigerlei wijze inzage is verkregen, geanalyseerd.

Op het mesoniveau is inzage verstrekt in notulen, brieven, verslagen, rapporten en nota's, die handelen over de door ons gekozen casus en betrekking hebben op de door ons in beschouwing genomen periode, (zie paragraaf 4.5).

In twee van de zeven betrokken ziekenhuizen zijn wij daarvoor niet in de gelegenheid gesteld. Wel zijn gedeeltelijk substitueerbare onderzoeksmogelijkheden geboden, in de vorm van uitvoerige besprekingen, waardoor de verlangde informatie is verkregen. In één ziekenhuis zijn besprekingen gevoerd met de leden van de directie. In het tweede ziekenhuis hebben wij geen onderhoud met de directie kunnen hebben. De betrokken directie heeft ons direct in contact gebracht met de medische specialisten terzake.



De tweede invalshoek betreft door ons verrichte interviews, zogenaamde 'expert-opinion-onderzoek', onder representanten van functionarissen werkzaam op de eerder genoemde organisatieniveaus. De 'expert-opinion' berust op de gedachten zoals deze door deskundigen over de onderhavige problematiek naar voren zijn gebracht (2).

De derde, door ons gekozen, ingang is die van de literatuurstudie met betrekking tot de processen van beleidsvorming (zie paragraaf 3.8).

Onderscheid is gemaakt tussen formele en feitelijke beleidsvorming. De eerste betreft de beleidsvorming zoals deze wordt geëxpliciteerd in geformaliseerde procedures, de tweede betreft de beïnvloeding van de beleidsvorming die niet volgens vaste herkenbare procedures verloopt. In hoofdstukken 8 en 9 komen wij daarop uitvoerig terug.

Tijdens de interviews zijn wij herhaaldelijk geconfronteerd met informatie van vertrouwelijke aard. Voorzover deze informatie van wezenlijke betekenis is voor ons onderzoek hebben wij met instemming en uitdrukkelijk verzoek van de betrokkenen deze informatie kunnen respectievelijk 'moeten' verwerken zodanig dat herkenning uitgesloten moet worden geacht. Tijdens de fase van de documentenanalyse hebben wij inzage in documenten gekregen eveneens onder de uitdrukkelijke voorwaarde, dat wij de betrokken stukken niet zouden vermelden.

Onze methode van onderzoek is afgestemd op een benadering waarin de dynamiek en de interdependentie van structuren, groepen en individuen zoveel mogelijk tot hun recht komen. Daarbij moet worden aangetekend dat de dynamiek voor een deel wordt beïnvloed door machts-elementen, die wij niet diepgaand in het onderzoek hebben betrokken. Wij achten dit buiten onze competentie liggend.

Ons onderzoek is gericht op de reconstructie van een proces dat zich groten-deels achter 'gesloten deuren' heeft afgespeeld. Dat betekent dat men aanzienlijk is beperkt in de onderzoeksmogelijkheden. Reconstructie via simulatie is niet mogelijk, omdat dit inzicht veronderstelt in een model dat er nog niet is. Reconstructie door middel van een 'survey' is onmogelijk, omdat niet duidelijk is om welke antwoordcategorieën het gaat. Observatie van processen die achter 'gesloten deuren' plaats vinden moet tot de onmogelijke onderzoeksmethoden worden gerekend. Het experiment als analysemethode biedt voor onze probleemstelling geen oplossing, omdat een experiment naast de eigen groep be-

leidsvormers een controlegroep veronderstelt door middel waarvan toetsing en evaluatie mogelijk wordt gemaakt. Ook dit is nog niet mogelijk.

#### 4.4 Selectie van de respondenten

De selectie van de respondenten is geschied op basis van hun betrokkenheid bij de totstandkoming van het beleid inzake de aanpassing van de capaciteit ten behoeve van de open hartchirurgische voorzieningen.

Bij de procedure is te werk gegaan volgens de methode van de 'sneeuwbal steekproef', waarbij uitgaande van een aantal respondenten is gevraagd wie verder in aanmerking zou kunnen komen voor opinie-onderzoek. Aldus zijn 41 respondenten geselecteerd. Wij hebben gestreefd naar optimalisering van het aantal respondenten en daarmee het aantal waarnemingen. Het spreekt vanzelf dat het onmogelijk is geweest, binnen de door ons gestelde termijn van onderzoek, alle mogelijke respondenten te vragen.

De eerste respondenten zijn geselecteerd vanwege hun adviesfunctie in een betreffende commissie van de Gezondheidsraad. Dit is gebaseerd op de mening dat de Gezondheidsraad het probleemgebied representeert. Aan hen is gevraagd wie zij in aanmerking achten te komen voor deelname in een opinie-onderzoek. Deze vraag is herhaald na afloop van ieder interview. Toen eenmaal geen nieuwe namen konden worden toegevoegd, bleek een 45-tal deskundigen te zijn verzameld. Van hen zijn drie deskundigen niet benaderd, omdat binnen de beschikbare tijd de geografische afstand niet kon worden overbrugd. Met één deskundige is verschillende malen een afspraak gemaakt, die vanwege spoedeisende activiteiten van de betrokkene evenzo vele malen is geannuleerd. Voortgezette pogingen om tot een interview te komen zijn daarna gestaakt.

#### 4.5 Periode van onderzoek

De analyse naar de formele en feitelijke besluitvorming bestrijkt de periode 1971 tot 1978. De keuze van het beginjaar staat in verband met het uitbrengen van het advies van de 'eerste' Commissie Nieveen (zie paragraaf 6.2) dat naar onze mening mag gelden als de start voor de periode waarin op relatief ruime schaal activiteiten zijn ontplooid ter bestrijding van de hart- en vaatziekten. De keuze van het beginjaar hangt bovendien samen met de start van een periode waarin de overheid zich gaat bezig houden met het vaststellen van een beleid, specifiek gericht op een deelactiviteit binnen de gezondheidszorg, in de cura-

tieve sfeer. Met curatieve gezondheidszorg wordt bedoeld "de zorg die aan een patiënt wordt gegeven, teneinde aan de ziekte het hoofd te bieden, het ziekteproces dat zich heeft ingezet tot staan te brengen, respectievelijk de nadelige consequenties van het ziektebeeld zoveel mogelijk te beperken", (3).

De keuze van het eindjaar 1977 hangt enerzijds samen met de vaststelling van de keuze van het beleid van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Onderwijs en Wetenschappen gedurende dat jaar (zie paragraaf 6.11), anderzijds met het aflopen van de zittingsduur van de betrokken bewindslieden.

Hoewel het 'expert-opinion' onderzoek heeft plaatsgevonden ultimo 1978 en begin 1979, dient uitdrukkelijk te worden vermeld dat de vraagstellingen betrekking hebben gehad op de gelijknamige periode waarover het documentenonderzoek zich heeft uitgestrekt.

#### 4.6 Empirisch onderzoek

De empirische wetenschappen baseren de uitspraken over hun object op ervaring en analyse van de onderlinge relaties. In de natuurwetenschappen kunnen op basis van analoog herhaalbare experimenten uitspraken worden gedaan, die een algemene geldigheid bezitten of, anders gezegd, waaraan wetmatigheden kunnen worden ontleend. In de gedragswetenschappen ligt de herhaalbaarheid van experimenten veel moeilijker, omdat het nabootsen van gelijksoortige omstandigheden veelal niet mogelijk is. Daarom is het verkrijgen van algemeen geldende uitspraken slechts bij uitzondering te realiseren, (4).

Dit wordt nog bemoeilijkt door het optreden van empirische discrepanties tussen wenselijkheid, beeld en werkelijkheid. Het opheffen of ten minste zo ver mogelijk reduceren van deze discrepanties verdient in de empirische wetenschapsbeoefening een hoge prioriteit. Dit geldt uiteraard onverkort onze studie.

Deze reductie kan worden bevorderd door aan de geldigheid en de betrouwbaarheid van het onderzoek zo veel mogelijk recht te doen.

'Onder *geldigheid* wordt de mate verstaan waarin de theoretische begrippen, opgevat als theorieën, werkelijkheidswaarde en verklaringswaarde hebben ten opzichte van verschijnselen in de werkelijkheid en de mate waarin de operationalisering in hun betekenis met de theoretische begrippen overeenstemmen.

Onder *betrouwbaarheid* wordt de mate verstaan waarin de onderzoeksresultaten onafhankelijk zijn van de technische uitvoering van een onderzoek', (5).

Het toetsen van de betrouwbaarheid van de verkregen resultaten uit ons onderzoek is verricht met behulp van de consistentie-toets (6), waarmee vooral in het 'expert-opinion' onderzoek, gemaakte beoordelingen kunnen worden vergeleken. Wijken beoordelingen onderling af en/of ten opzichte van de resultaten van de documentenanalyse, dan is er reden tot aanvullend onderzoek ter verificatie van de resultaten. Wij zijn ons daarbij bewust geweest van het feit dat veel documenten zijn opgesteld door de respondenten zelf.

Juist dat geeft aanleiding de consistentie-toets te benutten.

Na toetsing is aanvullend verificatie-onderzoek niet nodig gebleken.

Toetsing van de validiteit of geldigheid van de uitspraken naar aanleiding van ons onderzoek ligt moeilijker. De beeldvorming in de gezondheidszorg is niet eerder op drie organisatieniveaus naar hun interfererend karakter onderwerp van studie geweest. Evenwel biedt de beeldvorming voorbeelden, waaraan onze uitspraken kunnen worden getoetst. Onze gedachten gaan daarbij uit naar de beeldvorming rond de bouw van nieuwe academische ziekenhuizen, de regionalisering van de gezondheidszorg, de maatregel inzake de 'vier-promille-norm', de eigen bijdrage, enzovoorts.

Met behulp van de interne toetsing, dat wil zeggen "het controleren op onduidelijkheden, onvolledigheden en tegenstrijdigheden in de uitspraken", (7), over de werkelijkheid, is getracht na te gaan in hoeverre relevante informatie ontbreekt. Aan een vijftal deskundigen, dat ook betrokken is geweest bij de beeldvorming inzake de hartchirurgie, hebben wij verzocht met name het descriptieve gedeelte van dit onderzoek op volledigheid en juistheid te toetsen. De noodzaak daartoe leek relevanter nadat was gebleken dat deze deskundigen niet via de sneeuwbalselectiemethode ten behoeve van het 'expert-opinion' onderzoek als zodanig waren geselecteerd.

Het resultaat van deze gevolgde methode heeft geen aanleiding gegeven wijzigingen aan te brengen in de gepresenteerde gegevensverzameling.

Bij het formuleren van een uitspraak over de volledigheid van het door ons verzamelde gegevensmateriaal, dienen wij enige voorzichtigheid te betrachten. De voorzichtigheid geldt juist dat deel van de relevante informatie, dat niet openbaar is. Hier tekent zich een afhankelijkheidsrelatie af ten opzichte van de informatieverstrekkers. Met Tarski (1964) gaan wij er daarom van uit, dat

zolang uitspraken gebaseerd op de resultaten van ons onderzoek niet kunnen worden weerlegd (8), wij mogen aannemen dat de volledigheid zo goed mogelijk is benaderd.

## Noten hoofdstuk 4

1. Zie ook : Timmer, M. : Effektiviteit en besluitvorming in de gezondheidszorg; Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, jrg. 56, 1978, p. 760-776.
2. Nationaal Ziekenhuisinstituut : Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen; Publicatie deel 1, 74.50, mei 1974; deel 2, 75.69, april 1975; deel 3, 75.76, januari 1976.
3. Damen, P.C. en W.J.F.I. Nuyens : De structuur van de nederlandse gezondheidszorg - feiten en visies; De Tijdstroom, Lochem, 1976, p. 13.
4. Becker, H.A. : Sociale Methodologie, inleiding tot de werkwijze van de sociale wetenschappen; Boom, Meppel, 1974, p. 30 e.v.
5. Becker, H.A. : t.a.p., p. 119.
6. Groot, A.D. de : Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen; Mouton & Co., 's-Gravenhage, 1972, p. 237.  
Becker, H.A. : t.a.p., p. 121.
7. Becker, H.A. : t.a.p., p. 13.
8. Tarski, A. : Inleiding tot de logica; tweede gewijzigde druk; N.V. Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij, Amsterdam, 1964, p. 147 e.v.

## 5. CORONAIRE BYPASS CHIRURGIE

### 5.1 Open hartoperatie

Naast de ontwikkeling binnen de bloedvatchirurgie, resulterend in het kunnen behandelen van kleinere vaten, heeft de ontwikkeling van de hart-longmachine ertoe bijgedragen dat sedert 1953 operaties aan het hart kunnen worden verricht, waarbij het gedurende enige tijd wordt stilgelegd, (1).

Deze operatiemethode aan het hart wordt de open hartoperatie genoemd. De bloedcirculatie en ademhaling door het lichaam worden daarbij met behulp van de hart-longmachine gecontinueerd. Tot de open hartoperaties worden onder meer gerekend operaties aan het hart vanwege aangeboren- en verworven gebreken en coronaire bypass operaties. De laatste categorie operaties houdt globaal het volgende in:

"Wanneer de vernauwing in een kransslagader chirurgisch gunstig gelegen is, kan een operatie worden verricht waarbij een ader, meestal afkomstig uit het onderbeen, op een zodanige wijze wordt aangebracht, dat tussen de lichaamsslagader en het gedeelte van de coronair-arterie gelegen voorbij de vernauwing of afsluiting, een nieuwe verbinding (bypass) ontstaat. Deze vorm van hartchirurgie heet coronaire bypass chirurgie", (2).

Wanneer wij in de hiernavolgende hoofdstukken schrijven over open hartoperaties, dan bedoelen wij vooral de laatste vorm, de coronaire bypass operatie. Het aandeel van deze operaties in het totaal van de open hartoperaties, waarvan de prognose voor 1980 5000 - 6000 luidt, bedraagt circa 77 procent, (3).

### 5.2 Fasen in het onderzoeks- en behandelingsproces

De patiënt die in aanmerking blijkt te zijn gekomen voor een coronaire bypass operatie ondergaat een proces van onderzoeken en behandelingen, die in vijf fasen (4) zijn te rubriceren:

1. Vooronderzoeken, tijdens welke functieonderzoeken worden gedaan zoals E.C.G. (dit is: electrocardiogram), thoraxfoto('s), laboratoriumtesten, inspannings-

onderzoeken, longfunctie, echocardiografie en eventueel een onderzoek met behulp van de gammacamera. Tijdens het vooronderzoek vindt een hartcatherisatie plaats, waarvoor de patiënt één à twee dagen in het ziekenhuis wordt opgenomen.

2. Fase waarin op basis van het resultaat van het vooronderzoek in overleg tussen cardioloog en hartchirurg het tijdstip van de operatie wordt bepaald. De uit te opereren patiënten samengestelde wachtlijst is in te delen in drie categorieën, te weten

- acute, spoedeisende operaties, die binnen circa twee maanden moeten worden verricht;
- operaties met een wachttijd van een half tot driekwart jaar;
- operaties met een wachttijd van één tot anderhalf jaar.

Gedurende de wachttijd vindt een sanering plaats door de tandarts of kaakchirurg en eventueel een uitgebreid longfunctieonderzoek.

3. Preoperatieve- en operatieve fase.

Twee dagen voor de operatie wordt de patiënt opgenomen in het ziekenhuis, waarbij wederom laboratoriumtesten van bloed enzovoorts, thoraxfoto en E.C.G. worden verricht. Opnieuw wordt de anamnese doorgesproken en de medicatie aangepast op initiatief van de cardioloog. Ten behoeve van de operatie vindt informatieuitwisseling plaats met de hartchirurg en de anaesthesist.

4. Postoperatieve fase, omvattende 24 uur 'intensive care' en 10 tot 12 dagen herstelperiode in het ziekenhuis, gedurende welke een aangepast klinisch revalidatieprogramma wordt afgewerkt.

5. Na ontslag uit het ziekenhuis treedt een 'follow-up' onderzoek van de patiënt in, dat inhoudt een poliklinisch onderzoek respectievelijk 10, 24 en circa 84 dagen na ontslag. Daarna wordt de patiënt naar zijn huisarts terugverwezen.

De problematiek inzake de aanpassing van de hartchirurgische capaciteit aan de verwachte behoefte heeft in principe betrekking op deze vijf fasen en wordt vertaald in termen van personele-, materiële en ruimtelijke middelen.



### 5.3 Besluitvorming en verantwoordelijkheid

Het patroon van overleg, samenwerking en verantwoordelijkheden tussen de verschillende disciplines die zijn betrokken bij de fasen inzake de coronaire bypass operatie, verschilt wellicht per ziekenhuis.

In een bepaald ziekenhuis onderscheidt men drie echelons (5):

- "het eerste echelon vertegenwoordigt de medische specialisten die als team de beslissing nemen over al of niet opereren, de wijze van opereren, de urgentie van opereren." In het betrokken ziekenhuis zijn dat de cardiologen, de cardiochirurgen en de cardio-anaesthesisten. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de beslissing en de gevolgen ervan;
- in het tweede echelon treft men aan de medische- en paramedische specialisten, die mede de diagnose stellen en de verdere behandeling ondersteunen. Dit zijn onder meer radiologen, klinisch chemici, tandarts, bacterioloog en internisten;
- het derde echelon is samengesteld uit operatie-assistenten, intensive-care verpleegkundigen, perfusionisten, fysiotherapeuten, technici, maatschappelijk werkers, enzovoorts.

In het relatiepatroon tussen de verschillende echelons hebben wij ons niet verdiept. Wel is duidelijk dat de eindverantwoordelijkheid voor wat betreft dit ziekenhuis ligt bij het team uit het eerste echelon en vanzelfsprekend ieder binnen zijn eigen specifieke werkterrein.

### 5.4 Naamsaanduiding

Onder cardiochirurgie wordt verstaan "ingrepen aan het hart en de thoracale vaten, al dan niet met behulp van de extracorporale circulatie", (6).

Zij, die de cardiochirurgie beoefenen worden in de praktijk wisselend genoemd cardiochirurgen, hartchirurgen, thoraxchirurgen en cardiopulmonale chirurgen. De laatste aanduiding is formeel de juiste. In de komende hoofdstukken zijn afwisselend deze in de praktijk levende naamsaanduidingen zonder enige nevenbedoeling, gebezigd.

## Noten hoofdstuk 5

1. Kuypers, P.J. : Ruim tien jaar kransslagaderchirurgie in Nederland; Hartbrug, 1e jrg., no. 4, december 1978.
2. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Interim-advies behoefte-raming coronaire hartchirurgie; Verslagen, Adviezen, Rapporten, 's-Gravenhage, 1976, no. 43, p. 4.
3. Zie "Interim-advies behoefte-raming coronaire hartchirurgie", 1976.
4. Deze fasen gelden de situatie in het hartcentrum van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, anno 1979.
5. Cappetti, J.Th.A., directeur-geneesheer van het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht, tijdens een voordracht op 23 mei 1975.
6. Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie : Memorandum Erkenning Specialisme Cardio-Pulmonale- of Hart-Longchirurgie; Groningen, 30 november 1972.

## 6. HET FORMELE BELEID OP HET MACRONIVEAU IN DE PERIODE 1971 - 1977

## 6.1 Een tijdtabel

De vorm en inhoud van wat moet worden gedaan, waartoe moet worden besloten en de motivering van het beslotene komen tot uitdrukking in hetgeen is vastgelegd in adviezen, verslagen en rapporten van commissies, die ter voorbereiding van een beleid om advies zijn gevraagd, in handelingen van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal, in vragen van kamerleden, in verslagen van vergaderingen van vaste commissies, beleidsnota's van bewindslieden, enzovoorts.

Uit de analyse van de veelheid van beschikbare en toegankelijke documenten hebben wij een aantal momenten c.q. peildata, die een zekere wending aan de beleidsvorming geven, kunnen isoleren. Om de navolgende paragrafen van dit hoofdstuk beter in de totale context te kunnen plaatsen, hebben wij in schema 6.1.1 bedoelde peildata in chronologische volgorde, met een korte beschrijving van de handeling waaruit de bepaalde wending blijkt, weergegeven.

Schema 6.1.1 : Tijdtabel met vermelding van enkele peildata met betrekking tot de beleidsvorming inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten

datum	omschrijving
september 1968	De Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzoekt de Gezondheidsraad advies uit te brengen inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten.
3 maart 1971	De Gezondheidsraad brengt het verlangde advies uit, (1)
1 april 1971	Beleidsnota van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, naar aanleiding van het "Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten", (2)
16 maart 1972	Overleg tussen de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid en de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over maatregelen met betrekking tot de preventie van hart- en vaatziekten.

27 september 1972	"Interim-advies inzake vergroting van de capaciteit der hartchirurgische centra", uitgebracht door de Commissie Hartchirurgische Centra, onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. Nieveen, aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, (3).
12 februari 1973	Brief van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, handelende over de concretisering van de gewenste uitbreiding van het aantal open hartoperaties naar aanleiding van het "Interimadvies van de Commissie Nieveen", dd. 27 september 1972, (4)
29 oktober 1973	"Advies inzake voorziening in de tekorten der Hartchirurgische centra ter realisering van fase I per 1-1-1975", uitgebracht door de Commissie Inventarisatie Tekorten Hartchirurgische Centra, onder voorzitterschap van Prof. Dr. A.J.Ch. Haex, aan de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, (5).
30/31 januari 1974	Beleidsdebat in de Tweede Kamer der Staten-Generaal, waarin de preventie en de totstandkoming van afzonderlijke tarieven voor de open hartchirurgie aan de orde worden gesteld, (6).
23 april 1974	Beleidsdebat in de Eerste Kamer der Staten-Generaal, waarin werd gevraagd naar toezeggingen die zouden zijn gedaan aan de Hartpatiëntenvereniging over de uitbreiding van het aantal open hartoperaties, (7).
6 november 1974	Debat in Tweede Kamer inzake de begroting 1975. Aan de orde is de problematiek rond de inschakeling van "Consultatiebureau's voor de TBC" voor de opsporing van risicofactoren van hart- en vaatziekten, (8).
8 april 1975	Beleidsdebat in de Eerste Kamer, waar onder meer aan de orde werd gesteld de preventie van hart- en vaatziekten, (9).
26 juni 1975	Verslag van een mondeling overleg dat de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid voerde met de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne naar aanleiding van, (10): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Advies Gezondheidsraad, dd. 3-3-1971</li> <li>- Interimadvies Gezondheidsraad, dd. 27-9-1972</li> <li>- Advies Gezondheidsraad, dd. 29-10-1973</li> <li>- Het advies van de Gezondheidsraad inzake de ontwikke-</li> </ul>



De betekenis van de symbolen is de volgende:

- E : geeft het 'eerste' advies dat door de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Gezondheidsraad is gevraagd, inzake de bestrijding van de hart- en vaatziekten. De rangsaanduiding 'eerste' dient om aan te geven dat onze beschouwing start met deze aanvraag, meer nog de reactie op deze aanvraag te weten het advies van de 'eerste' Commissie Nieveen, zie paragraaf 6.2;
- A : geeft aan de momenten waarop openbare beleidsvoorbereidende adviezen van de Gezondheidsraad zijn verstrekt;
- B : heeft de betekenis van de momenten waarop expliciete besluiten zijn genomen en het beleid is geformuleerd;
- O : is de aanduiding voor de momenten waarop overleg wordt gevoerd over het beleid binnen de regering en het parlement en/of met één of enkele Vaste Commissies.

De volgende paragrafen van dit hoofdstuk beschrijven datgene wat wij beleidsvorming hebben genoemd en vormen het resultaat van een onderzoek gegeven de schikbare en toegankelijke documenten op het macroniveau.

## 6.2 De 'eerste' Commissie Nieveen

Op 9 september 1968 verzoekt de toenmalige staatssecretaris van het eertijds gecombineerde Sociale Zaken en Volksgezondheid de voorzitter van de Gezondheidsraad "advies uit te brengen over de mogelijkheden om vroegtijdige opsporing en preventie van hart- en vaatziekten in Nederland op grote schaal te doen plaatsvinden", (15). De reden van deze adviesaanvraag moet in verband worden gebracht met de alarmerende situatie, dat deze categorie van aandoeningen de grootste doodsoorzaak vormt.

Tabel 6.2.1 toont de sterfte ten gevolge van hart- en vaatlijden over de periode vanaf 1961 tot aan 1978, in absolute zowel als in relatieve frequentie. Daaruit blijkt dat hart- en vaatziekten nog immer een ernstige levensbedreiging zijn.

Het moment waarop deze categorie van aandoeningen zich als doodsoorzaak nummer één aandient ligt omstreeks de jaren dertig, (17). Debet aan deze grote sterfte is naast de frequentie van voorkomen van de ziekten ook de slechte resultaten van behandeling en revalidatie. Daarom verzoekt de staatssecretaris eveneens te worden geadviseerd over de mogelijkheden om te komen tot betere behandelingsresultaten, (18).

Omschrijving	Sterfte ten gevolge van Hart- en Vaatziekten	
	gemiddelde absolute jaarcijfers	in % van totale sterfte
1961/1965	43.039	45,8
1965/1970	47.135	45,1
1971	50.095	45,4
1972	52.842	46,5
1973	50.264	45,4
1974	49.976	45,7
1975	51.307	45,1
1976	52.346	45,7
1977	50.223	45,6

Tabel 6.2.1 : Sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten in absolute aantallen en in procenten van de totale sterfte.

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, (16)

Binnen de Gezondheidsraad is een commissie samengesteld onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. Nieveen, (19). Deze 'eerste' Commissie Nieveen, (20), genoemd naar zijn voorzitter, is samengesteld uit, met een enkele uitzondering, deskundigen die geheel of ten dele betrokken waren respectievelijk zijn bij de dagelijkse directe onderzoek- en behandelactiviteiten, ten dienste van de hartpatiënt, zoals cardiochirurgen, cardiologen en internisten.

Het advies is tot stand gekomen aan de hand van vijf nota's, opgesteld door vijf werkgroepen van de Commissie, die tezamen een integrale beleidsaanpak voorstelden, gericht op:

1. het realiseren van primaire preventie, d.i. "het voorkomen van atherosclerotische afwijkingen in de vaatwand en bij bestaande coronairsclerose het voorkomen van angina pectoris, hartinfarct en plotselinge coronaire dood";
2. verbetering en uitbreiding van de mogelijkheden tot vroegdiagnostiek, d.i. de actie gericht op het ontdekken van de ziekte "vóórdat deze zich door het optreden van bepaalde klachten of verschijnselen heeft gemanifesteerd in de verwachting dat door speciale maatregelen voortschrijding van het

- proces kan worden tegengegaan";
3. maatregelen ter realisering van secundaire preventie, d.i. "het vóórkomen van recidief of voortschrijding van het proces na reeds opgetreden angina pectoris of hartinfarct";
  4. uitbreiding van faciliteiten en mankracht ten behoeve van coronaire cardio-diagnostiek en -chirurgie, zowel voor acute hartziekten als voor aangeboren en verkregen operabele niet-coronaire hartziekten, (21).

Ter verkrijging van inzicht in de benodigde middelen, die dienen ter realisering van de doelstellingen, wordt aanbevolen, met name voor de vierde doelstelling, eerst een inventarisatie te verrichten naar de bestaande aanwezige mankracht, know how en aard en omvang van de faciliteiten. Het advies gaat uit van circa 1300 open- en 850 gesloten hartoperaties per jaar, waarvoor benodigde curatieve voorzieningen minimaal aanwezig moeten zijn. Gepleit wordt voor onder meer "uitgebreide diagnostische faciliteiten voor zeker 10.000 patiënten per jaar" en "operatiefaciliteiten voor 3.000 patiënten per jaar, gekoppeld aan de bestaande centra voor open hartchirurgie", (22). De aanbevolen maatregelen hebben voorts betrekking op onder andere het creëren van voldoende opleidingsmogelijkheden voor noodzakelijk personeel, de kosten- en honorarium aspecten verbonden aan de operatieve ingrepen en de erkenning van de cardiopulmonale chirurgie als zelfstandig specialisme.

De commissie heeft zich uitvoerig beraden over de vraag wat moet worden gedaan, hetgeen heeft geresulteerd in een integraal advies, bevattende een complementair geheel van te nemen beleidsmaatregelen.

De commissie heeft niet aangegeven wat de mogelijke consequenties van opvolging en uitvoering van de geadviseerde maatregelen zouden kunnen zijn, noch de eventuele financiële gevolgen.

De commissie heeft dertig maanden nodig gehad om het advies voor te bereiden en te formuleren. Op 3 maart 1971 werd het gevraagde advies aan de staatssecretaris uitgebracht. Deze bood het op 2 december van hetzelfde jaar aan aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, terwijl het eerst op 16 maart 1972 in een vergadering van de vaste commissie voor de Volksgezondheid in discussie werd genomen. Dit betekent dus dat een jaar is verlopen tussen de ontvangst van het advies en een eerste beraadslaging over de mogelijke consequentie van uitvoering van het advies. Het betekent eveneens dat circa drie en een half jaar is verlopen ten opzichte van de adviesaanvraag.



Wel heeft de staatssecretaris een maand na gereedkomen van het advies een aantal beleidsmaatregelen gericht op het voorkomen van hart- en vaatziekten afgekondigd, (23). Tot het nemen van deze maatregelen was door de commissie geadviseerd.

### 6.3 Het departementale beleid van 1972

De beraadslagingen in de Tweede Kamer over de begroting voor Volksgezondheid voor 1972 leveren geen concrete aanwijzingen op dat er op het terrein van de cardio-chirurgie specifieke stappen zullen worden ondernomen. De preventie is weliswaar aan de orde geweest, maar zonder aanwijsbare gevolgen voor de beleidsaanpak. Gepleit is slechts voor het ontwikkelen van gestandaardiseerde meetmethoden ten behoeve van de bevolkingsonderzoeken, (24).

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid meent dat het zeer problematisch is "een zodanig onderzoek op te zetten, dat alle hart- en vaatziekten bij de gehele bevolking tijdig kunnen worden opgespoord", (25). Over de midelenverwerving, zoals in het advies van 1 maart 1971 is vermeld, wordt met geen woord gerept noch door de commissie, noch door de minister.

In de Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor Volksgezondheid voor 1973 (26) geeft de minister aan wat de stand van zaken is omtrent de uitvoering van de beleidsmaatregelen zoals deze zijn getroffen door de staatssecretaris op 1 april 1971.

In het kader van de preventieve maatregelen hebben de Voedingsraad en het Voorlichtingsbureau voor de voeding folders doen uitkomen voor een cholesterol-verlagend dieet.

Ter gelegenheid van de Wereld Hart Maand (april 1972) werden aan het publiek en de dienstverleners films getoond omtrent de verschillende aspecten van de hart- en vaatziekten.

De minister merkt op dat binnenkort een advies is te verwachten van de Gezondheidsraad over de raming van de incidentie van hartinfarcten in Nederland voor de komende 10 jaren, zodat bij de planning van de voorzieningen hiermede rekening kan worden gehouden. Artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (27) opent dan de mogelijkheid van een spreidingsbeleid ten aanzien van de hartchirurgische centra.

Voor wat betreft de vroegtijdige opsporing is verder een proef genomen met de inschakeling van 't.b.v.-consultatiebureaus' in een drietal steden, Rotterdam, Tilburg en Doetinchem, voor het bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten.

Voor een nadere uitwerking van enkele, door de eerste Commissie Nieveen, gedane aanbevelingen vraagt de toenmalige Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid advies aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad.

De aanbevelingen (28) betreffen:

- "1. Erkenning van het specialisme Hart-Longchirurgie en/of Hart-Vaatchirurgie teneinde te komen tot een reservoir van deskundig opgeleid chirurgisch personeel.
2. Erkenning van specifieke "intensive-care" opleidingen ten behoeve van de post-operatieve verzorging, de beademing, de perfusie technieken, etc.
3. Erkenning van "paramedisch" opgeleiden, teneinde aan het acute en chronische tekort aan verpleegkundig opgeleiden tegemoet te komen.
4. Aanpassing van de ziekenfondstarieven en honoraria teneinde het voor artsen mogelijk te maken permanent in deze specialistische richting te blijven werken."

De Gezondheidsraad besluit na intern overleg deze voor nadere uitwerking voorgelegde aanbevelingen uit te breiden met een drietal, eveneens in het eerder aangeduide rapport, andere aanbevelingen, namelijk:

- "5. Bouw en inrichting van speciale laboratoria voor diagnostiek.
6. Bouw en inrichting van speciale chirurgische centra.
7. Het is van groot belang om op de kortst mogelijke termijn een vijftal chirurgische eenheden van de grond te doen komen, opdat in die centra de opleiding van het thans niet aanwezige personeel ter hand kan worden genomen. Deze eenheden dienen zo mogelijk gekoppeld te worden aan reeds bestaande centra."

Hiertoe is opnieuw door de voorzitter van de Gezondheidsraad een commissie gevormd, bestaande uit tien personen, inclusief een ambtelijk secretaris. Slechts drie van de tien deskundigen hadden zitting in de vorige commissie. Van deze commissie maken deel uit cardiologen, een radioloog, een anaesthesist, thoraxchirurgen en een econoom.

De aangezochte deskundigen waren respectievelijk zijn werkzaam op het micro-niveau, met uitzondering van één, die op het mesoniveau functioneert.

Het door de commissie opgestelde advies komt, in de vorm van een interimrapportage, reeds na vier maanden, gereed en wordt aangeboden niet alleen aan de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, maar ook aan het Departement van Onderwijs en Wetenschappen, (29).

#### 6.4 De 'tweede' Commissie Nieveen

De door de voorzitter van de Gezondheidsraad geformeerde commissie staat wederom onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. Nieveen, weshalve deze commissie de 'tweede Commissie Nieveen' is genoemd.

De commissie heeft een interim-advies opgesteld, waarin aan de minister aanbevelingen worden gedaan de curatieve voorzieningen ten behoeve van de cardiochirurgie in een drietal fasen uit te breiden in verband met de groeiende behoefte aan deze faciliteiten. De aanbevelingen strekken tot de uitbouw van bestaande hartcentra en de start van twee geheel nieuwe centra.

Het advies benadrukt de aanpassing van de faciliteiten ten behoeve van de coronaire en "gewone" open hartoperaties. Een aanpassing waarvoor eerst een inventarisatie naar de aanwezige faciliteiten dient te worden verricht.

Geadviseerd wordt te streven naar minimaal 250 open- en 90 gesloten hartoperaties per centrum per jaar. Dit streefgetal is gebaseerd op Amerikaanse 'normen' (30). Bovendien heeft de commissie een maximum aantal operaties per centrum per jaar als gewenst aangegeven, namelijk 350. In het advies wordt gespecificeerd hetgeen benodigd is aan personele-, ruimtelijke- en materiële middelen voor 250 open hartoperaties en daarvoor noodzakelijk geachte 700 hartcatheterisaties. De benodigde investering, exclusief die voor ruimtelijke behoefte, is geraamd op f 6.760.000,00, terwijl de jaarlijkse exploitatiekosten worden geschat op 5,3 miljoen gulden, prijspeil 1972. Een inventarisatie naar de bestaande voorzieningen en de tekorten kan antwoord geven op de vraag naar de omvang van de aanpassingen in kwalitatief en kwantitatief opzicht. "Uit de antwoorden hierop kan worden afgeleid hoe de jaarlijkse verrichtingscapaciteit der verschillende centra ... moet worden opgevoerd tot zo dicht mogelijk bij 250 open hartoperaties per jaar", (31).

De door de 'tweede' Commissie Nieveen geadviseerde uitbreidingen zouden in een drietal fasen kunnen verlopen, namelijk:

- fase 1: opvoering van de capaciteit van de zeven bestaande centra tot 250 open hartoperaties per jaar, ter realisering van minimaal 1700 open hartoperaties te bereiken in de periode tot 1975, daarna de start van
- fase 2: uitbouw van de centra in het Academisch Ziekenhuis Utrecht en het Binnenziekenhuis te Eindhoven, waarmee tegen 1975 een capaciteit tot 2000 open hartoperaties per jaar gerealiseerd zou kunnen zijn en tenslotte
- fase 3: de opbouw van twee geheel nieuwe centra tussen 1975 en 1980.

De geschatte investeringsbedragen voor de fasen 2 en 3 zijn respectievelijk 25 en 30 miljoen gulden.

Uitwerking van de aanbeveling met betrekking tot de erkenning van het specialisme Hart-Longchirurgie en/of Hart-Vaatchirurgie is door de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie ahangig gemaakt bij het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialist, (32).

Het interim-advies luidt een vervolgopdracht in, namelijk de inventarisatie van de tekorten van diagnostische- en therapeutische mogelijkheden. Het verschijnen van het interim-advies is aan de besturen en directies van althans de academische ziekenhuizen officieel stilzwijgend voorbijgegaan. De inhoud van het advies is nimmer bekendgemaakt, terwijl de besturen en directies van de academische ziekenhuizen niet op enigerlei wijze vertegenwoordigd zijn geweest.

Van de zijde van het Ministerie van Financiën is in de vorm van een nota kritiek geuit op het Interim-rapport. De kritiek richt zich op de juistheid van de berekeningen en op de hantering van wegingsfactoren bij de gemaakte veronderstellingen, (33).

Genoemd departement komt in zijn berekeningen tot een capaciteitstekort van 76 open hartoperaties per jaar, waar de 'tweede' Commissie Nieveen een tekort van 1200 open hartoperaties per jaar heeft vastgesteld.

Daarnaast concludeert het departement dat met vijf hartchirurgische centra kan worden volstaan, (34). De Gezondheidsraad maakt ernstig bezwaar tegen het gestelde in voornoemde nota van "Financiën" en onderstreept nogmaals het reële capaciteitstekort voor open hartoperaties in Nederland, in 1972, dat minimaal 895 en maximaal 2284 operaties per jaar bedraagt. Dat is dan ook de reden waarom de reeds bestaande centra ten spoedigste dienen te worden uitgebreid, (35).

#### 6.5 Het departementale beleid van 1973

Aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal zet de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zijn beleid inzake de hartchirurgie uiteen. Hij maakt onderscheid in zijn visie en de wijze waarop deze is te effectueren in termen van "financiële realiseerbaarheid en de stappen die ondernomen moeten worden om tot een materiële realisering van de gewenste capaciteit van de centra te komen en om onnodige en inadequate voorzieningen op dit terrein te voorkomen", (36).

Gegeven de problematiek in de centra van Tilburg, Eindhoven en Utrecht (37) is hij voorstander van eerst uitbouwen van die centra, waarin thans, 1973, een geïntegreerde aanpak van diagnostiek en chirurgie regelmatig plaatsvindt, namelijk de centra te Amsterdam, Leiden, Rotterdam, Utrecht (St. Antonius), Nijmegen en Groningen.

Waar het gaat om de hartcentra gevestigd in de academische ziekenhuizen, zal de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne contact opnemen met zijn collega van Onderwijs en Wetenschappen. Zich baserend op een vertrouwelijk rapport van de Regionaal Inspecteur van de Volksgezondheid in Noord-Brabant is de minister niet van zins de cardiochirurgische activiteiten in Eindhoven te hervatten, hoewel dit is geadviseerd door de Gezondheidsraad (38). Een verzoek van het St. Jansziekenhuis te Weert, om te worden ingeschakeld bij de cardiochirurgische activiteiten is afgewezen op grond van het motief dat dit niet past in het beleid. De wijze van effectuering van het beleid is vooral gelegen in beschikbaarstelling van de financiële middelen. Omdat het vooral de academische centra zijn, die betrokken zijn bij de gewenste uitbouw van de hartchirurgie, dient overleg te worden gepleegd met de Minister van Onderwijs en Wetenschappen. Alvorens dit te doen heeft de minister zich gewend tot de Voorzitter en de Algemeen Secretaris van de Ziekenfondsraad en de Staatssecretaris van Sociale Zaken met de vraag of zij het met hem eens zijn dat ten behoeve van de hartchirurgie een afzonderlijke financiële regeling moet worden getroffen. Zo ja, dan betekent dit een wijziging in de financieringsstructuur van de academische ziekenhuizen. Voor de academische ziekenhuizen zou het tot gevolg hebben dat zij met de ziekenfondsen in overleg moeten treden om een afzonderlijk tarief te bepalen. Daarom heeft hij zich ook gewend tot het Gemeenschappelijk Overleg van de Ziekenfondsorganisaties met het verzoek overleg terzake te openen met de academische ziekenhuizen. Tezelfdertijd heeft de minister zich gewend tot zijn ambtgenoot van Onderwijs en Wetenschappen met het verzoek medewerking te verlenen aan dit overleg en dus gevraagd om ondersteuning van zijn visie. Hij meent ook dat erkenning van de cardiochirurgie als afzonderlijk specialisme een goede bijdrage is tot de ontwikkeling van de cardiochirurgie. Tenslotte wordt gewezen op het belang van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen dat de verantwoordelijke bewindsman de bevoegdheid moet geven om een halt toe te roepen aan de uitbreiding van bijzondere voorzieningen. Hij is van zins dit artikel toe te passen op de cardiochirurgie.

De Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft de door de Gezondheidsraad geadviseerde middelen, die dienen ter realisering van de doelstelling de hart- en vaatziekten te bestrijden, tot beleidsuitgangspunten verheven.

Hij meent dat via een snelle en gerichte prijsbepaling voor de hartchirurgie de uitbouw van met name de hartcentra in de academische ziekenhuizen kan worden verwezenlijkt of ten minste bevorderd. Op grond hiervan zou het dan ook niet onlogisch zijn te verwachten dat in de komende rijksbegrotingen aan het geprojecteerde beleid enige aandacht zou worden geschonken, mede gezien de financiële consequenties, die de realisering van de gekozen doelstelling met zich zal meebrengen. De Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor de Volksgezondheid van 1974 beperkt zich slechts tot de preventie: "de belangrijkste aangrijpingspunten voor de bestrijding zijn gelegen op het terrein van de preventie", (39). Ook tijdens een mondeling overleg wordt de preventie ten principale besproken, (40). Nog in een kamerdebat op 30 januari 1974 staat de primaire preventie centraal. De toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zag in de cardiochirurgie nog geen prioriteit, maar zag het wel op zich afkomen: "het is geen zaak van zeer korte termijn", (41). Deze visie staat in schril contrast met de visie van de voorgaande verantwoordelijke bewindslieden en kan worden verklaard uit de in deze periode nog manifest zijnde onzekerheid omtrent het effect van de open hartchirurgie en het kostenverslindende karakter ervan in relatie tot de relatief goedkopere conventionele, uitsluitend medicamenteuze, behandelingsmethode van de cardio-coronaire patiënt.

#### 6.6 De Commissie Haex

Naar aanleiding van het "Interim-advies", 1972, verzocht de minister de Gezondheidsraad op korte termijn een "nadere uitwerking en concretisering van de materiële en personele voorzieningen noodzakelijk voor een uitbouw en optimalisering van de thans functionerende cardiochirurgische centra in Amsterdam, Leiden, Rotterdam, Utrecht, Groningen en Nijmegen (fase 1 van het interim-advies), (42).

De Commissie "Inventarisatie Tekorten Cardiochirurgische Centra", van de Gezondheidsraad, bestaat uit 36 deskundigen afkomstig van het meso- en microniveau en een enkele van het macroniveau. De commissie, onder het voorzitterschap van de voorzitter van de Gezondheidsraad, Prof. Dr. A.J.Ch. Haex, krijgt een tweeledige opdracht:

- advisering over de concretisering van de mogelijkheden tot uitbouw van bestaande functionerende centra;
- aangeven de optimale bezetting per centrum.

Het advies is tot stand gekomen op basis van een inventarisatie van de tekorten in de hartchirurgische centra. De met dit doel ondernomen enquêtering had betrekking op het aantal verrichtingen, de aanwezige materiële- en personele voorzieningen en de uitbreidingsmogelijkheden, zoals bijvoorbeeld catheterisatiekamers, operatiekamers en intensive-care-units.

De met het oog op de inventarisatie opgestelde vragenlijsten zijn gezonden aan de directies van de betrokken ziekenhuizen en een aantal functionarissen van het microniveau, in casu afdelingshoofden verbonden aan de hartcentra. Bij de beantwoording dienden de academische ziekenhuizen er rekening mee te houden, dat een capaciteitsbepaling losgekoppeld moet worden van de research- en onderwijsfunctie.

De nadere concretisering bestaat hieruit, dat normen voor materiële-, personele- en ruimtelijke- voorzieningen zijn opgesteld. Deze normen zijn reeds eerder onderdeel van advisering geweest (43) en voornamelijk tot stand gekomen op basis van Amerikaanse gegevens. Uitgangspunt hierbij is een minimale capaciteit voor 250 open hartoperaties per hartcentrum.

Uit de resultaten van de inventarisatie gerelateerd aan de normen zijn de benodigde additionele voorzieningen opgesteld.

De commissie adviseert de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de noodzakelijke investeringskredieten beschikbaar te stellen om de ruimtelijke en materiële tekorten op te heffen. De geraamde kredieten bedragen ten minste 9,5 miljoen gulden, exclusief investeringen verbonden aan verbouwingen (44). Het Interim-advies geeft een raming van 6,8 miljoen gulden, minder dan een jaar eerder (zie paragraaf 6.4).

Naast de aanbeveling van het verlenen van investeringskredieten doet de commissie de aanbeveling een kostendeckende vergoeding per open- of gesloten hartoperatie te garanderen. Op prijsbasis van 1972 is berekend dat de vergoeding circa f 20.000,00 zal moeten bedragen. Uit de opbrengsten van de operaties zullen dan de exploitatiekosten kunnen worden voldaan.

Speciaal ten behoeve van de academische ziekenhuizen zal een regeling moeten worden getroffen dat deze gelden ten goede komen aan de uitbouw van de cardiochirurgie (45) in de academische ziekenhuizen.

Bij de inventarisatie is opgevallen dat niet is geïnformeerd naar apparatuur, waarvan de aanschafkosten beneden de f 5.000,00 lagen, noch dat inzage is ver-

zocht in kwantiteit en kwaliteit van de verbruiksmaterialen. Enerzijds heeft kennis hieromtrent een betere benadering van de exploitatiekosten kunnen opleveren, anderzijds kan inzicht ontstaan in de pluriforme onderzoek- en behandelingsmethoden.

Een duidelijke indicatie van het bestaan van pluriformiteit geeft tabel 6.6.1, waarin een overzicht is gegeven van het gemiddeld aantal verpleegdagen voor een open hartoperatie, zowel voor de fase van diagnostiek als voor chirurgie, inclusief de pre- en postoperatieve fase en de intensieve zorg. Daar komt bij dat door deskundigen van het microniveau meermalen het bestaan van verschillende onderzoek- en behandelmethoden is bevestigd.

Omschrijving	Gemiddelde verpleegduur voor	
	Diagnostiek	Chirurgie*
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam	10	45
Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam	10	24
Academisch Ziekenhuis Groningen	14	20
Academisch Ziekenhuis Leiden	6	35
Academisch Ziekenhuis St. Radboudziekenhuis Nijmegen	6	21,5
St. Antonius Ziekenhuis Utrecht	5 à 6	20,3

Tabel 6.6.1 : Gemiddelde verpleegduur in dagen in de onderscheiden hartcentra, anno 1972, (46)

\*Omvattende de fasen pre-operatief, 'intensive-care' en post-operatief.

Het advies van de Commissie, dat binnen een jaar gereed is gekomen, mondt uit in het streven fase 1, zoals is aangegeven door de 'tweede' Commissie Nieveen per 1 januari 1976 te realiseren.

## 6.7 Het departementale beleid van 1974

Tijdens een beleidsdebat in de Eerste Kamer wordt door een lid van de Eerste Kamer gememoreerd dat de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in de Tweede Kamer toezeggingen heeft gedaan 'ertoe strekkende dat er weer wat schot in het aantal mogelijke hartoperaties zou komen', (47), naar aanleiding



van de acties van de Hartpatiëntenvereniging in de Tweede Kamer. De betrokken senator verzoekt de staatssecretaris zijn toezeggingen te motiveren.

De staatssecretaris reageert twee weken later met de verklaring dat hij zijn uitlatingen baseerde op het weer op gang komen van de gesprekken tussen de ziekenfondsen en de academische ziekenhuizen, waarbij de totstandkoming van een afzonderlijk tarief voor de open hartoperatie aan de orde zou komen. Volgens hem vormt het ontbreken van een afzonderlijk tarief het struikelblok bij de realisering van de uitbreiding in de academische ziekenhuizen. Hij memoreert verder dat hij overleg voert met zijn ambtgenoot van Onderwijs en Wetenschappen over de technische- en personele voorzieningen, die in verband met de uitbreiding nodig zijn. Ook merkt hij op: "daarnaast wordt door mijn departement thans bekeken of, en zo ja, op welke wijze capaciteitsuitbreiding in niet-academische ziekenhuizen eventueel kan worden gerealiseerd", (48). Volgens de staatssecretaris is enerzijds het struikelblok de financiële kant, namelijk dat het de academische ziekenhuizen teveel geld kost, omdat zij slechts vergoedingen voor de ligdagen ontvangen (circa 25 dagen x f 200,00 = f 5.000,00), terwijl de vergoeding in het particuliere ziekenhuis circa f 20.000,00 bedraagt. Anderzijds zijn er onvoldoende middelen en mensen in de academische ziekenhuizen beschikbaar om de uitbreiding te realiseren. Om budgettaire redenen zal 'Onderwijs en Wetenschappen' die niet direct beschikbaar kunnen stellen.

In de Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor 1975 blijft het accent liggen op de uitbouw van de preventieve maatregelen, zoals het onderzoek naar de mogelijkheden om een aantal t.b.c.-consultatiebureaus blijvend in te schakelen bij de opsporing van risicofactoren bij hart- en vaatziekten bij de bevolking. In het algemeen wordt in deze Memorie van Toelichting grote nadruk gelegd op de ontwikkeling van de preventieve gezondheidszorg zoals vaccinatieprogramma's als DKTP, screening op phenylketonurie (PKU) bij pasgeborenen, opsporing van ontwikkelingsstoornissen in het kader van de jeugdgezondheidszorg, voorlichting ter voorkoming van geslachtsziekten, maatregelen ter voorkoming van t.b.c. enzovoorts.

Voor wat betreft de intramurale gezondheidszorg wordt gestreefd de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zodanig te wijzigen dat het de bewindsman meer mogelijkheden tot planning van de gezondheidszorg biedt, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van de faciliteiten ten behoeve van open- en gesloten hartchirurgie. Met name wordt gedacht aan de toepassing van artikel 18 van deze wet, waartoe een algemene maatregel van bestuur wordt voorbereid, (49).

Op 27 september 1974 antwoordt de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne desgevraagd dat uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit gezocht moet worden in de thans bestaande functionerende hartcentra. Bovendien wijst hij erop dat het onlangs overeengekomen tarief tussen academische ziekenhuizen en ziekenfondsen inzake een open hartoperatie in gunstige zin de toename van het aantal open hartoperaties beïnvloedt. Ook meent hij dat hervatting van de sinds 1972 gestaakte hartchirurgie in Eindhoven alleen kan worden gezien in het kader van de totale planning op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Het bestuur van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven heeft terzake een gesprek met de staatssecretaris gehad; het zal een formele aanvraag tot hervatting indienen bij het Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De staatssecretaris zal contact opnemen met de Gezondheidsraad met de bedoeling advies te vragen over deze aanvraag, (50), hetgeen hij op 11 oktober 1974 heeft gedaan, (51).

Tijdens de 21ste vergadering van de Tweede Kamer, dd. 6 november 1974, worden vragen over de uitbreiding van de eerder genoemde experimenten en de totstandkoming van de hartchirurgische centra gesteld. Een lid van de Tweede Kamer verwijt de staatssecretaris "traagheid in besluitvorming", met name omdat al geruime tijd een advies met betrekking tot de experimenten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid klaarligt, (52).

In zijn weerwoord zegt de staatssecretaris de beoogde uitbreiding van de inschakeling van de t.b.c.-consultatiebureaus in het traject van de preventie toe. Echter geen opmerkelijke toezeggingen over het curatieve traject, (53).

#### 6.8 Het departementale beleid van 1975

Uitvoerig wordt aandacht besteed aan de diagnostiek, therapie en de revalidatie ten behoeve van hartpatiënten in een mondeling overleg dat de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid met de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voert op 26 juni 1975 naar aanleiding van, (54)

- het advies van de Gezondheidsraad, daterend van 3 maart 1971;
- het interim-advies van de Gezondheidsraad van 27 september 1972;
- het advies van de Gezondheidsraad van 29 oktober 1973;
- het ten tijde van het overleg nog niet gepubliceerde advies van de Gezondheidsraad inzake de ontwikkeling van de hartchirurgie in Eindhoven, van 30 mei 1975;
- brief van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne inzake de hartchirurgie, van 12 februari 1973.

Door de vaste commissie wordt gepleit voor de instelling van een permanente coördinatie commissie van deskundigen binnen de Gezondheidsraad, ter begeleiding en afronding van de voorgestelde fase 1, zoals is genoemd in het interim-advies (1972), en ter voorbereiding en aansluiting van fase 2. Hoewel de staatssecretaris in de instelling van een dergelijke begeleidingscommissie een gevaar van inmenging ziet in het beleid, waarvoor hij toch de verantwoordelijke man blijft, zal hij hierover contact zoeken met de Gezondheidsraad. Samenstelling en taakformulering dienen daarbij zorgvuldig te worden overwogen.

Met betrekking tot de academische ziekenhuizen is gevraagd of 250 operaties per jaar als minimum wel realiseerbaar zijn, gegeven de aanwezige faciliteiten. Deze vraag betekent tevens dat fase 1 nog niet gerealiseerd is. Een vertraging, die door de staatssecretaris wordt toegerekend aan het eerst ultimo 1974 bereikte accoord over de tarieven, die de academische ziekenhuizen mogen doorberekenen voor de open hartoperaties. Als gevolg hiervan kan deze categorie ziekenhuizen nu overgaan tot het doen van investeringen ten behoeve van de open hartchirurgie, waarmee het aanpassingsprobleem van vraag en aanbod is opgelost.

In redelijkheid blijkt de behoefte aan open hartoperaties niet bekend. Schattingen van de Gezondheidsraad variëren van 1000 - 5000 per jaar. De Commissie Haex, verantwoordelijk voor het advies van 29 oktober 1973, geeft een schatting van 2000 - 2500 operaties. Dit betekent voor de bestaande centra een minimum aantal operaties van 250 en een maximum van 350 op jaarbasis. Volgens de staatssecretaris zijn deze behoefte-ramingen afhankelijk van de persoonlijke inzichten van de cardiochirurgen. Hij meent voorts dat de gegeven aantallen concentratie van de faciliteiten in enkele centra wenselijk maakt. De behoefte aan cardiologen wordt daarbij hoger geschat dan de behoefte aan cardiochirurgen. Ofschoon de conclusie van het advies met betrekking tot de ontwikkeling van de hartchirurgie in Eindhoven is, dat vóór alles eerst afbouw moet plaatsvinden van fase 1, wordt door de vaste commissie aangedrongen op invoering van fase 2 nu en hervatting van de hartchirurgie in Eindhoven, (hetgeen duidelijk afwijkend is van het advies van de Gezondheidsraad, (55)). In fase 2 zullen algemene ziekenhuizen worden geselecteerd op de mogelijkheden om hartchirurgie te bedrijven, indien blijkt dat de bestaande centra de vraag niet kunnen verwerken. Daarover zijn reeds contacten met andere ziekenhuizen dan alleen het Catharina ziekenhuis in Eindhoven.

Een andere mogelijkheid tot aanpassing van het aanbod van faciliteiten is wellicht het totstandbrengen van samenwerking tussen hartcentra in academische- en niet-academische ziekenhuizen, waarbij men zich bovendien afvraagt welke bevoegdheid de staatssecretaris heeft een ziekenhuis het aanvangen met hartchirurgische bedrijvigheid te weigeren. Vooral omdat artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen nog steeds niet in werking is getreden. Deze 'weigering' blijkt volgens de staatssecretaris meer te liggen in de sfeer van de advisering.

In een mondeling overleg op 26 augustus 1975 wordt duidelijk dat bij ziekenhuisbesturen een toenemende irritatie is waar te nemen over het aantal instanties dat zich meent te moeten bezighouden met planning. De staatssecretaris zou hen een dienst bewijzen door een handleiding te vervaardigen, waarin is opgenomen met wie men zich heeft te verstaan en over welke aangelegenheden om iets van de grond te krijgen, (56).

In de Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting van 1976 is het besluit opgenomen dat het project inzake de inzetbaarheid van t.b.c.-consultatiebureaus ten behoeve van het bevolkingsonderzoek naar risicofactoren ter voorkoming van hartziekten dat in september 1972 is gestart, wordt voortgezet. Het aantal consultatiebureaus zal worden uitgebreid van drie tot zes, (57). In het begrotingsdebat hierop aansluitend merkt de staatssecretaris op dat hij de preventie, gericht op het voorkomen en opsporen van risicofactoren, belangrijker vindt dan het alsmaar volgen van nieuwe ontwikkelingen in "zeer geavanceerde technologische eenheden, waarvan het effect veelal dubieus of marginaal is", (58).

#### 6.9 Het departementale beleid van 1976

Eerste en Tweede Kamerleden proberen zo nu en dan via hun vraagstellingen en spreekbeurten het accent te verleggen van maatregelen gericht op de preventie naar maatregelen gericht op het curatieve zorgterrein.

Vanuit de Eerste Kamer wordt het voorstel geopperd om vanwege het gebrek aan anaesthesisten en chirurgen de open hartchirurgie te centraliseren, bovendien is men geïnteresseerd in de aantallen open hartoperaties, die momenteel worden verricht. In 1975 blijken dat er circa 1660 te zijn geweest en de prognose van de staatssecretaris voor 1976 luidt circa 1870. Deze aantallen blijven dus achter bij het door de Gezondheidsraad geraamde aantal van 2100 operaties.

Desgevraagd antwoordt de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op 20 januari 1976, dat in het "Concept algemene maatregel van bestuur tot wijziging van het Besluit bijzondere ziekenhuisvoorzieningen (Stb. 1974, 567)" artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen van toepassing wordt verklaard op de cardiochirurgie. Hierin zijn ook opgenomen de behoeftecriteria voor open- en gesloten hartchirurgie. De datum van inwerkingtreding van de algemene maatregel van bestuur is gepland op 1 april 1976, (59).

Op 10 mei 1976 beantwoordt de staatssecretaris vragen, die zijn gesteld naar aanleiding van het consultatiebureau-project. Dat project draait op 'volle toeren', (60).

Op 24 juni 1976 blijkt de staatssecretaris nog voorstander te zijn van het beperkt houden van open hartoperaties tot de academische ziekenhuizen. Daarom verleent hij het Zuiderziekenhuis in Rotterdam geen toestemming de open hartoperaties te hervatten. Ook wenst hij geen verdere uitbreiding van het aantal open hartoperaties van 650 tot 1000 in het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht. Eerst wanneer zal blijken dat de academische ziekenhuizen het gewenste aantal van 2100 - 2200 niet zullen kunnen realiseren, dan zal hij opnieuw bezien wat hem te doen staat.

"Hij wil de ontwikkeling in de academische ziekenhuizen niet blokkeren", (61). Verder merkt hij op dat hem altijd is voorgehouden dat er in Nederland geen tekort is aan cardiochirurgische capaciteit, daarbij wijzend op het werkeloos zijn van cardiochirurgen. Ook merkt hij op dat het tekort aan kundige mensen, waarop vanuit de 'professie' wordt gewezen, sterk dient te worden gerelativeerd.

De Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen wijst op de capaciteit van 250 open hartoperaties in de academische ziekenhuizen en stelt dat hij overeenkomstig de afspraak niet van zins is dit aantal ten koste van meer personeelsformatieplaatsen en de 'evenwichtige' opbouw van een academisch ziekenhuis te verhogen.

Volgens hem is het gebrek aan middelen de reden dat de capaciteit is achtergebleven. De gelden die nodig zijn voor de uitbreiding van de cardiochirurgie in de academische ziekenhuizen, mogen niet ten laste van de rijksbegroting worden gebracht. Het is noodzakelijk te komen tot een kostendekkend tarief, (61).

In 1976 is inmiddels op initiatief van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging de zogenoemde hartluchtbrug op gang gekomen. Dit hield in dat hartpatiënten, die in afwachting waren van een oproep voor operatie in Nederland, de mogelijkheid kregen te worden geopereerd in het buitenland. Aanvankelijk zijn contacten gelegd met een hartcentrum in Houston in de Verenigde Staten, later wordt het netwerk uitgebreid met operatiefaciliteiten in Genolier, te Zwitserland, München, Londen en enkele andere locaties buiten Nederland.

Met betrekking tot de 'luchtbrug' blijkt de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne verrast te zijn door de snelle besluiten van het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties ten aanzien van de betaling van de kosten van het vervoer en de operatie van hartpatiënten in Amerika. Hij meent dat hiermee een precedent is geschapen bijvoorbeeld ten aanzien van de behandeling van psoriasispatiënten, die baat ondervinden in de geneeskrachtige werking van de Rode Zee en ten behoeve van wie de kosten, verbonden aan uitzending, dan ook zouden moeten worden betaald. Het ziekenfonds betaalt alleen de uitzending en behandeling wanneer het cardiochirurgisch centrum waar de patiënt is geregistreerd, accoord gaat. "Elk geval wordt beoordeeld door de werkgroep uit de Begeleidingscommissie", (61).

In deze werkgroep zijn plaatsen ingeruimd voor de Ziekenfondsraad, de voorzitter van de Hartpatiëntenvereniging en een cardiochirurg. De permanente begeleidingscommissie is door de staatssecretaris in het leven geroepen na het bekend worden van de luchtbrug-plannen van de voorzitter van de Hartpatiëntenvereniging.

Het beleid van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Onderwijs en Wetenschappen is voor een belangrijk deel gebaseerd op de adviezen van de Gezondheidsraad, en houdt onder meer in:

- dat zal worden gestreefd naar verdere uitbreiding van de faciliteiten;
- dat de bestaande centra zullen worden uitgebreid;
- dat naar uitbreiding zal worden gestreefd van de academische hartcentra;
- dat, hoewel zij opmerken zich niet te zullen vastleggen op een bepaald streefgetal, nochtans wordt gestreefd naar 400 open hartoperaties per academisch hartcentrum, per jaar, en 1000 in het Sint Antoniusziekenhuis te Utrecht;
- dat het Academisch Centrum Rotterdam deze uitbreiding zal realiseren in samenwerking met het Zuiderziekenhuis te Rotterdam;
- dat de overheid niet dwingend kan voorschrijven wat, waar en hoe bepaalde medische ingrepen op welke wijze en onder welke omstandigheden moeten worden verricht, (62).

De staatssecretarissen stellen:

"het beleid van de overheid is slechts voorwaarden-scheppend en dan nog op een beperkt gebied, het financiële, het planmatige en het kwaliteitbewakende", (63).

Uit een antwoord op vragen van een lid van de Tweede Kamer blijkt, dat de eerstgenoemde staatssecretaris op 11 oktober 1976 het Catharina ziekenhuis te Eindhoven toestemming heeft verleend de hartchirurgie te hervatten (64).

Het ten departemente voorgenomen beleid komt ultimo 1976 nog eens expliciet tot uitdrukking in het overleg dat wordt gevoerd tussen de beide staatssecretarissen en de vaste Commissie voor de Volksgezondheid, (65).

Tijdens dit overleg blijkt dat de adviezen van de Gezondheidsraad onderling verschillen waar het gaat om de verwachte vraag naar operaties. Dat betekent dat ook de vraag naar operatiefaciliteiten maar ook van diagnostische faciliteiten moet verschillen. Over de fasering van de realisatie van voldoende faciliteiten bestaat geen verschil van mening. De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft volgens zijn zeggen in de zomer van 1976 "een zorgvuldig gepland bezoek gebracht aan de Verenigde Staten". Volgens hem vinden de Amerikaanse gezondheidsautoriteiten het aantal in de Verenigde Staten plaatsvindende bypass-operaties te hoog. De indicatiestelling is naar hun mening wellicht wat te onzorgvuldig. De operatie brengt geen genezing, het leven wordt er niet door verlengd, wel wordt het lijden in veel gevallen erdoor verzacht. De staatssecretaris begrijpt daarom niet dat de Gezondheidsraad 4500 operaties verwacht en zijn adviezen daarop baseert, omdat de herhaalde vergelijking en afleiding van de aantallen in de Verenigde Staten 3000 als resultaat zou moeten hebben. De bestaande centra zouden tezamen 3800 patiënten kunnen opereren, hetgeen meer is dan de staatssecretaris nodig acht. Hij overweegt daarom geen uitbreiding van faciliteiten, noch een grotere spreiding van de centra dan de bestaande situatie aangeeft, omdat de afstanden niet zo groot zijn. Zijn collega van Onderwijs en Wetenschappen reageert ook op de verschillen in aantallen, die variëren van 3000 tot 5 à 6000 operaties per jaar. Een onderzoek naar de werkelijke behoefte acht hij noodzakelijk.

Voorts menen de staatssecretarissen dat het aantal van 250 operaties per academisch ziekenhuis voor het behoud van de routine en uit een oogpunt van doelmatigheid onvoldoende is. Amerikaanse deskundigen stellen, dat minimaal 400 operaties moeten worden verricht per academisch centrum en de beide bewindslieden nemen dit getal over, met dien verstande dat de laatste zich baseert op 400 maximaal.

Voor wat betreft de angiokamers wordt gepleit voor een concentratie in de verschillende centra, zo ook een concentratie van de operatiekamers. De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne staat gereserveerd tegenover de luchtbrug. Hij acht zich niet verantwoordelijk hiervoor, omdat de ziekenfondsen, ondanks zijn verzoek om de beslissing nog 24 uur op te schorten, zijn overgegaan tot vergoeding van de kosten.

Aan de mogelijkheid om meer operaties in Nederland te verrichten is inhoud gegeven door het Zuiderziekenhuis in Rotterdam toestemming te verlenen de open hartoperaties te hervatten in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Ook "Eindhoven" mag weer opereren. Op aanvragen vanuit 's-Hertogenbosch en Zwolle is negatief gereageerd.

Er is een voorstel van de voorzitter van de Gezondheidsraad om een interdepartementale werkgroep te vormen, die wordt belast met een drieledige taak, namelijk

- het volgen van de ontwikkelingen in de centra;
- het evalueren van de ontwikkelingen;
- het doen van voorstellen voor bijsturing.

Geen uitspraak wordt gedaan of deze commissie metterdaad zal worden ingesteld. Wederom wordt benadrukt dat het beleid van de overheid een voorwaarden-schepende is, hoewel enkele commissieleden opmerken, dat het beleid voorwaarden-stellend is.

Op 13 mei 1976 worden door leden van de Tweede Kamer vragen gesteld over de open hartoperaties. Met name over de patiënten die de operaties zullen ondergaan in de Verenigde Staten. Zij betreffen dus de 'luchtbrug' en de begeleiding van de patiënten, (66).

Andere vragen hebben betrekking op de wachtlijst van patiënten, de toepassing van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, de uitbreiding van de hartchirurgie en de kosten van de operaties. Eerst zes maanden later antwoordt de staatssecretaris, namelijk op 3 november. Dan doet hij de mededeling, dat de hartchirurgie in Eindhoven is hervat en dat hij overweegt een cardiochirurgisch centrum in Zuid-Limburg te openen. Dit druist in tegen eerder gedane uitspraken over concentratie van faciliteiten en het tegengaan van verdere spreiding, (67). Kennelijk niet voldoende geïnformeerd worden op 15 november wederom door een parlementariër vragen gesteld over de beleidsvoornemens inzake het opvoeren van het aantal open hartoperaties. De Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen behoeven dan nog altijd anderhalve maand tijd voor de beantwoording en reageren op 29 december 1976, (68).



Zij blijken er beide van uit te gaan, dat de academische ziekenhuizen gemiddeld 400 operaties per jaar zullen verrichten en overwegen op grond daarvan nog geen nieuwe maatregelen. Aan de academische ziekenhuizen is verzocht uiterlijk rond de jaarwisseling een opgave te doen van aanvullende personele- en/of materiële voorzieningen, die zullen worden beoordeeld en met voorrang behandeld.

Een advies- en begeleidingscommissie voor de hartchirurgie in de academische ziekenhuizen zal in het leven worden geroepen met als doel de specifieke problemen van de academische ziekenhuizen gecoördineerd het hoofd te bieden. Voor wat betreft de aanvragen van ziekenhuizen om ook hartchirurgie te mogen verrichten, is besloten dat 's-Hertogenbosch niet in het beleid zal passen.

Daarna duurt het tot 19 april 1977 voordat parlementariërs weer via vraagstellingen in de Kamer van hun belangstelling voor het probleem van de cardiochirurgie getuigen. Op deze datum worden vragen gesteld, die handelen over de vergoeding van de kosten van de hartoperaties.

Aan de hand van overzichten van kostenvergoedingen, die aan de academische ziekenhuizen, het Sint Antoniusziekenhuis, 'Houston' en 'Engeland' worden betaald, wordt hierop gereageerd. Vooral de op handen zijnde luchtbrug naar Engeland is in discussie met de gezamenlijke verzekeringsinstellingen. Realisering ervan wordt afhankelijk gesteld van de eigen operatiemogelijkheden.

#### 6.10 Hernieuwde behoefte- en raming coronaire hartchirurgie

De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft de Permanente Begeleidingscommissie voor de Hartchirurgie ingesteld op advies van de Gezondheidsraad. Deze commissie bestaat uit cardiologen, cardiochirurgen, een enkele anaesthesist, internist en een physicus. Zij zijn bestuursleden van één van de volgende instituten: de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie, de Sectie Kindercardiologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Commissie Coronair Angiografie van de Nederlandse Hartstichting. De commissie is belast met het opnieuw maken van een raming van de behoefte aan open hartchirurgie. Daartoe is een 'workshop' georganiseerd, waarin naast de leden van de commissie, op uitnodiging, acht buitenlandse deskundigen participeerden, waaronder een epidemioloog, vijf cardiologen en twee cardiochirurgen.

De dato 23 augustus 1976 is een hernieuwde behoefte- en raming aan de Minister van

Volksgezondheid en Milieuhygiëne aangeboden, gebaseerd op de resultaten van de 'workshop'.

De conclusie van de commissie luidt te streven naar een capaciteit van 5500 - 6500 open hartoperaties per jaar, als volgt verdeeld:

- 4500 - 5000 coronaire bypass operaties;
- 1000 - 1500 operaties ten gevolge van congenitale afwijkingen en klep-  
gebreken.

De prognose van het aantal coronaire bypass operaties is voor een aanzienlijk deel gebaseerd op Amerikaanse gegevens, omdat geen nederlandse epidemiologische informatie voorhanden is, (69).

#### 6.11 Het departementale beleid van 1977

De Regering blijft streven de hartluchtbrug op zo kort mogelijke termijn overbodig te maken. Reden waarom de operatiecapaciteit in Nederland dient te worden opgevoerd. De verwachting is dat tegen 1980 het aantal van 4000 open hartoperaties zal kunnen worden gehaald. De staatssecretaris wijst tijdens een mondeling overleg met de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid op de situatie dat er onder deskundigen (bedoeld worden cardiologen en cardiochirurgen) twee meningen zijn waar te nemen. De ene groep van deskundigen meent dat de hartchirurgie slechts kan en moet plaatsvinden in een hoogwaardig uitgerust ziekenhuis, in casu een academisch ziekenhuis, terwijl de mening van de tweede groep is, dat de hartoperatie thans meer een routinematige ingreep is geworden en daarom niet alleen in academische ziekenhuizen hoeft te geschieden. "Volgens deze deskundigen dient de operatie wel plaats te vinden in een ziekenhuis van goede kwaliteit, doch is het evenzeer van belang de kwantiteit van het mogelijk te verrichten aantal ingrepen te laten meewegen", (70). Het is daarom niet eenvoudig, aldus de staatssecretaris, op grond van dit verschil in inzicht een bevredigend beleid te ontwikkelen.

De beleidsontwikkeling wordt nog moeilijker wanneer blijkt dat de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland zich tegenover de vaste commissie voorstander heeft getoond van een "gedoseerde geconcentreerde uitbreiding van de hartchirurgie in Nederland", (71).

In een brief (72) van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne gedateerd 9 november 1977, wordt een toelichting gegeven op het beleid, sedert september 1976. Aanvankelijk is de opzet geweest 4000 open hartoperaties te verrichten per jaar. Een aantal, dat met de huidige beschikbare capaciteit tegen 1980 zal kunnen worden gerealiseerd. Inmiddels onderstrepen nieuwe ont-

wikkelingen de noodzaak de capaciteit aan te passen tot 6000 operaties per jaar. Tot deze ontwikkelingen behoort het verdwijnen van de terughoudendheid van een aanzienlijk deel van de medische professie ten aanzien van de toepassing van de coronaire bypass operatie, zowel als ten aanzien van de keuze van het karakter van het ziekenhuis waar de operatie zal kunnen plaatsvinden. Ook is een verbetering in de indicatiestelling en een meningsverandering over het effect van de operatie te bespeuren. De bewindsman motiveert de keuze van het vestigen van hartcentra in De Klokkenberg, te Breda en Zonnestraal, te Hilversum, als volgt:

- De Klokkenberg, een initiatief van de Stichting Open Hartchirurgie en de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, is gekozen omdat niet de nadelen van het opnemen van een nieuwe activiteit in een bestaand algemeen ziekenhuis, het zogenaamde 'koekoeksei'-effect, aanwezig zijn. De Klokkenberg is een categorale instelling, waarin de hartchirurgie welkom is. Het mist vanwege zijn karakter de gewenste infrastructuur. Dit gemis kan worden tenietgedaan door een samenwerking tot stand te brengen met een algemeen ziekenhuis. Bovendien, aldus de bewindsman, wordt in De Klokkenberg reeds jaren thoraxchirurgie bedreven. Tenslotte is uit een oogpunt van spreiding Breda een verantwoorde keuze.
- Zonnestraal, te Hilversum, als mogelijk hartcentrum voorgedragen door drie hoogleraren, is gekozen, omdat deze instelling als een satelliet-ziekenhuis zal kunnen steunen op drie academische ziekenhuizen, terwijl een medische kernstaf aanwezig is. Op korte termijn zal kunnen worden gestart met de cardiochirurgie. De 'satelliet' kan worden ingeschakeld bij het opleidingsprogramma voor specialisten, verpleegkundigen, enzovoorts.

De voornaamste motivering van de keuze ligt tenslotte in de snelheid, waarmee naar verwachting per centrum 1000 open hartoperaties zullen kunnen worden verricht.

#### 6.12 De Commissie Verhey

De Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen heeft op 5 juli 1977 de "Begeleidingscommissie Hartchirurgie Academische Ziekenhuizen" geïnstalleerd. De commissie is genoemd naar zijn voorzitter, Drs. J.B.M. Verhey, en is verder samengesteld uit vertegenwoordigers van de academische ziekenhuizen functionerend op mesoniveau, aangevuld met vier adviseurs-afdelingshoofden, ieder verbonden aan een academisch ziekenhuis.

De commissie heeft als opdracht gekregen "de coördinatie te bevorderen ter zake van de opbouw en de uitbreiding van de hartchirurgische centra in academische ziekenhuizen en de Minister van Onderwijs en Wetenschappen gevraagd, of uit eigen beweging te adviseren, omtrent aangelegenheden verband houdende met de opbouw en uitbreiding", (73).

Een nadere specificatie van de opdracht geeft aan dat de Commissie Verhey onder meer dient te adviseren omtrent kosten, aantallen personeelsleden en prestaties betreffende de hartchirurgische activiteiten in de academische ziekenhuizen. Daarom zal contact worden gezocht met de Begeleidingscommissie Hartchirurgie van de Ziekenfondsen, die de ontwikkelingen moet volgen inzake het tarief van 25.000 gulden.

Uit de commissie is een werkgroep gevormd, die in de afzonderlijke hartcentra gaat onderzoeken, welke additionele middelen benodigd zijn voor het te realiseren aantal open hartoperaties in 1980.

### 6.13 Conclusie

Het integrale karakter van het advies van de 'eerste' Commissie Nieveen heeft naar onze mening betrekking op de samenhang in de maatregelen gericht op de bestrijding van de hart- en vaatziekten. De beoogde maatregelen op het gebied van de curatieve zorgverlening zijn onvoldoende en zullen op den duur niet tot het gewenste effect leiden, zonder een gelijktijdige toepassing van maatregelen op het gebied van de preventie, vroegdiagnostiek, revalidatie en secundaire preventie.

De adviesaanvraag van 1968 bevat een mengsel van specifiek medische-, technologische-, bedrijfseconomische-, informatica- en in- en externe organisatorische aspecten. In de samenstelling van de commissie is slechts de specifieke medische deskundigheid herkenbaar.

Het beleid van 1972 staat in het teken van een groot aantal genomen maatregelen gericht op vooral de preventie. Aan de Gezondheidsraad is gevraagd om nadere uitwerking van de erkenning van specifiek op de hart- en vaatziekte gerichte opleidingen ten behoeve van medisch-, verpleegkundig- en paramedisch personeel. Het door de 'tweede' Commissie Nieveen verstrekte advies heeft echter betrekking op bouw, inrichting en spreiding van onderzoek- en behandelcentra. Het mesoniveau is in dit traject niet gehoord noch naderhand in het advies gekend.

De verantwoordelijke staatssecretarissen lijken geen haast te maken met de realisering van 'fase I', zoals is aangegeven in het advies van de Commissie Haex. Intussen groeit de belangstelling van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid en de leden van de Eerste en Tweede Kamer voor de hartchirurgische problematiek. Een belangstelling, die tot uitdrukking komt in de toename van het aantal overlegsituaties, vraagstellingen en parlementaire debatten.

Het verwijt aan de Gezondheidsraad, dat de adviezen omtrent het aantal te verwachten open hartoperaties onderling verschillen is naast het gebrek aan financiële middelen wellicht het voornaamste argument van de bewindslieden om geen spoed te zetten achter de capaciteitsaanpassing. Omdat ervan wordt uitgegaan, dat de aanpassing niet ten koste mag gaan van de rijksbegroting, wordt in de Memories van Toelichting op de Rijksbegroting hieraan geen aandacht geschonken. Anders is dit met maatregelen van preventie en vroegdiagnostiek, die meer op de totale bevolking zijn gericht dan op het individu.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne blijkt toestemming afhankelijk te stellen van het beschikbaar zijn van aangevraagde middelen en van de vraag of de aanvraag past in een plan. Dat plan zal kunnen zijn de door de Gezondheidsraad voorgestelde fasering van te realiseren additionele capaciteit. Datzelfde plan wordt echter door de verantwoordelijke bewindsman doorgekruist als hij 'Eindhoven' toestemming geeft de hartchirurgie te hervatten, tegen het advies van de Gezondheidsraad in. Het voorwaarden-scheppende klimaat is ook moeilijk te rijmen met de "restrictiever opstelling" ten aanzien van de behoefteraming van hartchirurgische faciliteiten van de Gezondheidsraad voor 1980.

Dat enige kamerleden in het beleid van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne eerder een voorwaardenstellend karakter herkennen, is meer begrijpelijk als wij daarnaast nog signaleren dat in de Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1977, waar wordt aangegeven, dat nog steeds in voorbereiding is een regeling om de hartchirurgie onder artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen te brengen. Verder duidt de recente wijziging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (September 1979), houdende uitbreiding van de mogelijkheden tot bereiking van de doelstelling van de wet, eerder op een voorwaardenstellend dan voorwaarden-scheppend beleid. Toepassing van artikel 22 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen versterkt nog eens het voorwaardenstellende karakter van het overheidsbeleid ten deze. Op basis van artikel 22 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen moeten inrichtingen waar hartchirurgie wordt bedreven die gegevens verstrekken, die van belang zijn voor de landelijke planning, zo blijkt desgevraagd uit een antwoord van de staatssecretaris op 3 november 1976, (74).

Prognosevorming met betrekking tot de omvang van de cardiochirurgische capaciteit in Nederland is voor een niet te onderschatten deel gebaseerd op informatie uit Amerika. Ditzelfde geldt de als optima aangemerkte aantallen open hartoperaties te verrichten per centrum. Het aanvankelijke optimum van 250 is vervangen door een optimum van 400 operaties per centrum. De gestelde optima zijn slechts gebaseerd op medische uitgangspunten, zoals bijvoorbeeld het behoud van de routine bij het verrichten van open hartoperaties. Aan de vaststelling van deze optima liggen geen bedrijfseconomische beoordelingen ten grondslag, zoals bijvoorbeeld de benutting van de capaciteit in relatie tot kosten en vergoedingen van geleverde prestaties, (75).

De besluitvorming van de verantwoordelijke bewindslieden komt bij de beleidspresentatie, anno 1977, geheel tegemoet aan de geprofileerde capaciteitsgedachte van de Gezondheidsraad. Na veel wendingen is vastgesteld, dat zal worden gestreefd een capaciteit ten behoeve van circa 6000 open hartoperaties per jaar, per 1980, te realiseren.

## Noten hoofdstuk 6

1. Gezondheidsraad : Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten; Verslagen en mededelingen 1971, nr. 14, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1971.
2. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1970-1971 - 10.900, hs XV, nr. 29, 1 april 1971.
3. Gezondheidsraad : Interim-advies inzake vergroting van de capaciteit der hart-chirurgische centra; Rijswijk, nr. 327/'71, 27 september 1972.
4. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1972-1973 - 12.261, nr. 1, brief van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, d.d. 12 februari 1973.
5. Verschenen in de serie Verslagen, Adviezen, Rapporten 1974, nr. 3, Rijswijk, 29 oktober 1973, nr. 1814.
6. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, Handelingen.
7. Eerste Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, Handelingen.
8. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975, Handelingen.
9. Eerste Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975, Handelingen.
10. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975 - 12.261, nr. 2, d.d. 26 juni 1975.
11. Verschenen in de serie Verslagen, Adviezen, Rapporten 1976, nr. 43, de nederlandse versie. De engelse versie "Interim report on the estimated demand for coronary heart surgery", is verschenen in de gelijknamige serie van 1977, nr. 1; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, respectievelijk 1976 en 1978.
12. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977 - 12.261, nr. 3, d.d. 20 september 1976.
13. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977 - 12.261, nr. 5, d.d. 2 december 1976.
14. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1977-1978 - 12.261, nr. 5, d.d. december 1977.
15. Zie 1 : t.a.p., p. 5.
16. Centraal Bureau voor de Statistiek : Hart- en Vaatziekten, een statistische verkenning van het C.B.S. voor de Nederlandse Hartstichting; Voorburg, maart 1978, aangevuld met ter plaatse van het C.B.S. ontvangen informatie.
17. Centraal Bureau voor de Statistiek : Zeventig jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1969; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1970.
18. Zie 1 : t.a.p., p. 7.
19. Zie 1 : t.a.p., p. 9.
20. Ter onderscheiding van een commissie, die later is gevormd ten behoeve van de uitwerking van een vervolgadvis en eveneens onder het voorzitterschap stond van Prof. Dr. J. Nieveen.



21. Zie 1 : t.a.p., p. 20 e.v.
22. Zie 1 : t.a.p., p. 127.
23. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1970-1971 - 10.900, XV, nr. 29, d.d. 1 april 1971.
24. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1971-1972 - 11.500, XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1972.
25. Vergadering van 16 maart 1972 van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid met de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
26. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1972-1973 - 12.000, XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1973.
27. Artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen is gewijzigd bij de Wet tot wijziging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen van 2 november 1978. De wijziging geeft de minister vergaande bevoegdheden in te grijpen in de ziekenhuisvoorzieningen : Per 1 september 1979 is de gewijzigde Wet Ziekenhuisvoorzieningen integraal van kracht geworden; Nederlandse Staatscourant, 4 september 1979.
28. Gezondheidsraad : Interim-advies inzake vergroting van de capaciteit der hartchirurgische centra; Rijswijk, nr. 327/'71, 21 september 1972, p. 1/2.
29. Persbericht van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, nr. 72/113, 4 oktober 1972.
30. Zie 28 : t.a.p., p. 15.
31. Zie 28 : t.a.p., p. 28.
32. "Memorandum Erkenning Specialisme Cardio-Pulmonale- of Hart-Longchirurgie", aangeboden bij brief van 30 november 1972 aan het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten.
33. Gezondheidsraad : Nadere bepaling van de behoefte aan open hartoperaties - Commentaar op een Nota van het Ministerie van Financiën : "Cijfermatige benadering van de bepaling van de behoefte aan open hartoperaties"; Rijswijk, nr. 1622, 21 september 1973, p. 1 van de bijlage.
34. Gezondheidsraad : t.a.p., p. 5 van de bijlage.
35. Gezondheidsraad : t.a.p., p. 7.
36. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1972-1973 - 12.261, nr. 1, p. 1 e.v.
37. De hartcentra in Eindhoven en van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht zijn als gevolg van interne conflictsituaties omstreeks 1971/1972 op non-actief gesteld, terwijl het hartcentrum in Tilburg nog niet gereed is en ook niet meer de vereiste goedkeuring zal verkrijgen.
38. Zie 28 : t.a.p., p. 27.
39. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1972-1973 - 12.600, XVII, nr. 2.
40. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974 - 12.600, XVII, nr. 9.
41. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, Handelingen, vergadering d.d. 30 januari 1974.

42. Gezondheidsraad : Advies inzake voorziening in de tekorten der Hartchirurgische centra ter realisering van fase I per 1.1.1976; serie Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1974, nr. 3, Rijswijk, 29 oktober 1973, p. 3.
43. Zie 28 : t.a.p., p. 115 e.v.
44. Zie 42 : t.a.p., p. 32 e.v.
45. Zie 42 : t.a.p., p. 37.
46. Zie 42 : t.a.p., p. 67 e.v.
47. Eerste Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, Handelingen, p. 585.
48. Eerste Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, Handelingen, p. 608.
49. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975 - 13.100, XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1975.
50. Tweede Kamer der Staten-Generaal, Handelingen, zitting 1974-1975.
51. Gezondheidsraad : Advies inzake ontwikkeling van hartchirurgie in Eindhoven; uitgebracht door de Commissie Ontwikkeling van hartchirurgie in Eindhoven; Rijswijk, 30 mei 1975, p. 1.
52. Centrale Raad voor de Volksgezondheid : De organisatie van de tuberculose bestrijding; serie Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1974, nr. 23, Rijswijk, 6 augustus 1974, p. 36-40.
53. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975, Handelingen 21ste vergadering, 6 november 1974.
54. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975 - 12.261, nr. 2, 26 juni 1975.
55. Zie 51 : t.a.p., p. 6 e.v.
56. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976 - 13.600, hs XVII, nr. 28, 26 augustus 1975.
57. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976 - 13.600, hs XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1976.
58. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976, Handelingen, p. 792.
59. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976, Aangangsels, nr. 645, d.d. 20 januari 1976.
60. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976, Aangangsels, p. 2143.
61. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976 - 13.600, hs VIII, nr. 61, en XVII, nr. 62, respectievelijk d.d. 20 mei, p. 7 e.v. en 24 juni 1976, p. 4 e.v.
62. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1975-1976 - 12.261, nr. 3, d.d. 20 september 1976.
63. Zie 62 : t.a.p., p. 5.
64. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977, Aangangsels, p. 436.
65. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977 - 12.261, nr. 4, d.d.

2 december 1976.

66. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977, Aanhangsel, vraag nrs. 220 en 221.
67. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977, Aanhangsel, p. 433-435.
68. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977, Aanhangsel, p. 949.
69. Zie 28 : p. 2 e.v.
70. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1977-1978 - 12.261, nr. 5, d.d. december 1977, p. 2.
71. Zie 70 : t.a.p., p. 3.
72. Zie 70 : t.a.p., p. 6-10.
73. Rede van Dr. G. Klein, Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, ter gelegenheid van de installatie van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Academische Ziekenhuizen, d.d. 5 juli 1977, p. 4, opgenomen in "Eindadvies van de begeleidingscommissie hartchirurgie academische ziekenhuizen", d.d. december 1978.
74. Zie 67.
75. Zie o.m. : Schroeffer, H.J. van der : Kwantitatieve verhoudingen kosten en economische proportionaliteit; tweede nieuw bewerkte druk; Kosmos, Amsterdam-Antwerpen, 1967.

## 7. HET FORMELE BELEID IN DE ZIEKENHUIZEN IN DE PERIODE 1971 - 1977

### 7.1 Informatiebronnen en informatiepresentatie

In dit hoofdstuk beschrijven wij het beleid, gericht op de realisering van de als gewenst aangenomen capaciteit ten behoeve van de open hartchirurgie, zoals dat in de individuele ziekenhuizen gestalte heeft gekregen.

De beschrijving ontleent wij aan de resultaten van onze analyse van informatie uit brieven, in- en externe nota's en rapporten, notulen en verslagen van vergaderingen en voorzover geregistreerd telefonische acties. Veel documenten zijn 'instellingsgebonden' en dragen een vertrouwelijk karakter.

Om de vertrouwelijkheid zoveel mogelijk te waarborgen, zijn de ziekenhuizen in paragraaf 7.7 genummerd van één tot en met zeven. De indicaties die herkenning mogelijk zouden maken zijn vermeden.

Voor de juistheid van de weergave van de geanalyseerde documenten zijn wij verantwoordelijk. Voor de volledigheid dragen wij een gedeelde verantwoordelijkheid met onze documentatieverstrekkers.

In slechts één ziekenhuis is het ons niet gelukt informatie te verkrijgen van het mesoniveau en hebben wij ons noodgedwongen moeten beperken tot het microniveau. In de overige, bezochte instellingen hebben wij informatie verkregen van zowel het micro- als het mesoniveau.

### 7.2 De beschikbare hartchirurgische capaciteit

Nederland kende in 1970 11 hartchirurgische centra, namelijk twee in Amsterdam, één in Eindhoven, Groningen, Leiden en Nijmegen, twee in Rotterdam, één in Tilburg en twee in Utrecht. In dat jaar is becijferd, dat totaal circa 1300 open hartoperaties in Nederland noodzakelijk zouden zijn. In de gezamenlijke centra zijn circa 650 open hartoperaties verricht. Er bestond dus een absoluut tekort van nog eens 650 operaties per jaar (1).

Het aantal hartcentra is in enkele jaren gereduceerd tot zeven, verdeeld over vijf academische- en twee niet-academische ziekenhuizen.

De totale capaciteit van verrichte open hartoperaties bedraagt in 1971 ruim 800 operaties. Een capaciteit, die in de loop van de zes opvolgende jaren uitgroeit tot bijna 2500 operaties in Nederland. Tabel 7.2.1 toont de groei in de werkelijke operatiecapaciteit in de periode 1971 - 1977.

Omschrijving	1971*	1972	1973*	1974	1975	1976	1977
Academisch Ziekenhuis:							
- bij de Universiteit van Amsterdam	75	101	117	149	163	212	246
- Groningen	73	100	103	120	118	216	253
- Leiden	204	224	241	276	286	303	315
- Nijmegen / Sint Radboud Ziekenhuis	94	100	117	121	172	201	240
- Rotterdam	10	133	199	238	236	318	438
Totaal Academische Ziekenhuizen	456	658	777	904	975	1.250	1.492
Catharina Ziekenhuis, Eindhoven	109	79*	-	-	-	-	-
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam	30	50	70	74	75	132	200
Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht	224	380	429	577	608	713	759
Wilhelminakinderziekenhuis	-	-	-	-	-	-	36
Totaal Niet-Academische Ziekenhuizen	363	509	499	651	683	845	995
Totaal Generaal	819	1.167	1.276	1.555	1.658	2.095	2.487

Tabel 7.2.1 : Het aantal verrichte open hartoperaties in de periode 1971 - 1977,

\*Opgave door het individuele ziekenhuis

Verschillende ramingen naar de omvang van de noodzakelijke capaciteit wijzen naar een operatiecapaciteit van circa 3000 in 1971 tot circa 6000 in 1976 operaties per jaar, (3). De realisering hiervan kan slechts plaats vinden, indien is voldaan aan een aantal condities, namelijk ten minste het beschikbaar zijn van benodigde deskundigen en het beschikbaar stellen van de financiële middelen, die nodig zijn om de noodzakelijke deskundigen, materiële- en ruimtelijke middelen te kunnen financieren.

Het beschikbaar komen van de financiële middelen is afhankelijk van de goedkeuring van verschillende instellingen. Voor de academische ziekenhuizen is goedkeuring benodigd van het Departement van Onderwijs en Wetenschappen, voor de niet-academische ziekenhuizen is, wanneer dit leidt tot tariefsverhoging, de toestemming benodigd van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Paragraaf 7.3 geeft een verkorte beschrijving van de financieringsprocedure in beide categorieën ziekenhuizen.

Het kunnen opnemen van hartchirurgie in het functiepakket (4) van een ziekenhuis of het uitbreiden van deze reeds bestaande voorziening kan alleen dan plaats vinden, wanneer de goedkeuring is verkregen, hetzij van de Minister van Onderwijs en Wetenschappen voor de academische ziekenhuizen, hetzij van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor de niet-academische ziekenhuizen, mogelijk krachtens artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (5).

Deze beperkende voorwaarde moet voorkomen dat een ongecontroleerde groei van hartchirurgische capaciteit zal ontstaan.

### 7.3 Financiering als randvoorwaarde

De academische ziekenhuizen in Nederland ressorteren onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft het toezicht op de overige instellingen van Volksgezondheid (met uitzondering van het militair hospitaal, dat onder het Ministerie van Defensie ressorteert en een enkele instelling, die onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie valt), (6). Met dit onderscheid hangt het verschil in financiering samen.

De financieringsstructuur van de academische en niet-academische ziekenhuizen is in een drietal componenten te onderscheiden, (7):

- a. de financiering met betrekking tot het doen van investeringen;
- b. de financiering met betrekking tot de exploitatie;
- c. de financiering met betrekking tot de liquiditeitsbehoefte.

Ad.a. De financiering van investeringen te verrichten door de academische ziekenhuizen, kan alleen betrekking hebben op uitgaven ten behoeve van nieuw-, aan- en/of verbouw.

In de rijksbegroting wordt jaarlijks aan ieder academisch ziekenhuis een "lump-sum" ter beschikking gesteld om hen in de gelegenheid te stellen

projecten met betrekking tot nieuw-, aan- en/of verbouw te ontwikkelen respectievelijk voor te bereiden.

Indien projecten zijn goedgekeurd en overheidsmiddelen hiervoor zijn gereserveerd, dan worden deze middelen aan de academische ziekenhuizen in de vorm van een investeringsbijdrage in zodanige termijnen uitgekeerd als voor de voortgang van de bouw noodzakelijk is.

Op de investeringen worden geen afschrijvingen, in bedrijfseconomische zin, in de tarieven verwerkt. De investeringsbedragen gelden "à fonds perdu".

Ziekeninrichtingen welke ressorteren onder het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zijn voor het doen van investeringen ten behoeve van nieuw-, aan- en/of verbouw en ten behoeve van een aantal specifieke meest al kostbare onderzoek- en behandelmethoden en daarvoor benodigde apparatuur onderworpen aan een vergunningenstelsel krachtens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.

Een aanvraag voor het doen van investeringen dient vergezeld te gaan van een investerings- en exploitatieoverzicht en eerst te worden voorgelegd aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, dat de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne adviseert omtrent de doelmatigheid van beoogde investeringen, (8).

Een ander orgaan, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (9) stelt de bij de investering behorende afschrijvingspercentages vast, die voor doorberekening in aanmerking komen. Uit de opbrengst van de verpleeggeldten wordt een eventuele lening terugbetaald. Voor de goedgekeurde investering wordt meestal via de kapitaalmarkt een lening afgesloten.

#### Ad.b. De financiering met betrekking tot de exploitatie.

Overeenkomstig de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs (10) ontvangen de academische ziekenhuizen jaarlijks een rijksbijdrage voor het functioneren van onderwijs en onderzoek. De hoogte van deze bijdrage wordt jaarlijks vastgesteld na indiening van de begroting van inkomsten en uitgaven verband houdende met de bedrijfsuitvoering.

In de begroting wordt onderscheid gemaakt in baten, namelijk:

- . opbrengsten van verpleeggeldten;
- . opbrengsten vanwege poliklinische bezoeken;
- . overige opbrengsten;

en lasten, namelijk:

- . personele lasten;
- . materiële- en overige lasten;
- . grote aanschaffingen, niet ressorterend onder de investeringen.

De hoogte van de tarieven voor onder meer verpleegdagen wordt vastgesteld door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, daarin geadviseerd door de Tariefcommissie Academische Ziekenhuizen (11).

Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven heeft voor de academische ziekenhuizen hierin (nog) geen taak.

Er is vanuit de academische ziekenhuizen in het verleden weinig drang aanwezig geweest om te streven naar bijstelling van de tarieven, omdat de financiële tekorten door de rijksbijdrage volledig werden vergoed.

De kosten verbonden aan de bedrijfsuitoefening van de niet-academische ziekenhuizen worden in een exploitatiebegroting opgenomen. Voorzover medische specialisten, werkzaam in ziekenhuizen, niet in dienstverband zijn, vallen hun honoraria buiten deze kosten. De dekking van de exploitatiekosten, die verband houden met de verpleging, verzorging en het doen van diagnostische- en therapeutische verrichtingen, geschiedt via de tarieven voor de verpleegdagen die door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven zijn goedgekeurd en door het ziekenhuis aan de patiënten of diens ziektekostenverzekeringsmaatschappijen (inclusief ziekenfondsen) in rekening worden gebracht. De totstandkoming van de tarieven geschiedt op voorcalculatorische basis. Eventuele tariefsverhogingen dienen beargumenteerd met exploitatieoverzichten aan het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven te worden aangevraagd.

Ad.c. De financiering met betrekking tot een te dekken liquiditeitstekort.

In de academische ziekenhuizen wordt circa 60 procent van de uitgaven gedekt door te declareren bedragen. Omdat evenwel de ontvangsten in termen van tijd achterlopen bij de te verrichten betalingen, kan een liquiditeitstekort ontstaan. Het ministerie voorziet hierin door zogenaamd werkkapitaal aan de academische ziekenhuizen ter beschikking te stellen, dat in omvang maximaal gelijk is aan 15 procent van de geraamde jaaromzet.

In de niet-academische ziekenhuizen, ressorterend onder het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, worden eventuele liquiditeitstekorten overbrugd door een kortlopend krediet bij een bankinstelling. De kosten van deze kredieten worden doorberekend via de tarieven van de verpleegdagen.



De adviezen van de Gezondheidsraad (1971, en andere) die handelen over de totstandkoming van een apart tarief voor de hartchirurgie, betekenen een fundamentele aantasting van de financieringsstructuur van het academische ziekenhuis. Een precedent was echter al geschapen voor een ander specifiek behandelingsproces, namelijk de haemodialyse (12).

#### 7.4 Tariefsvorming voor de open hartchirurgie

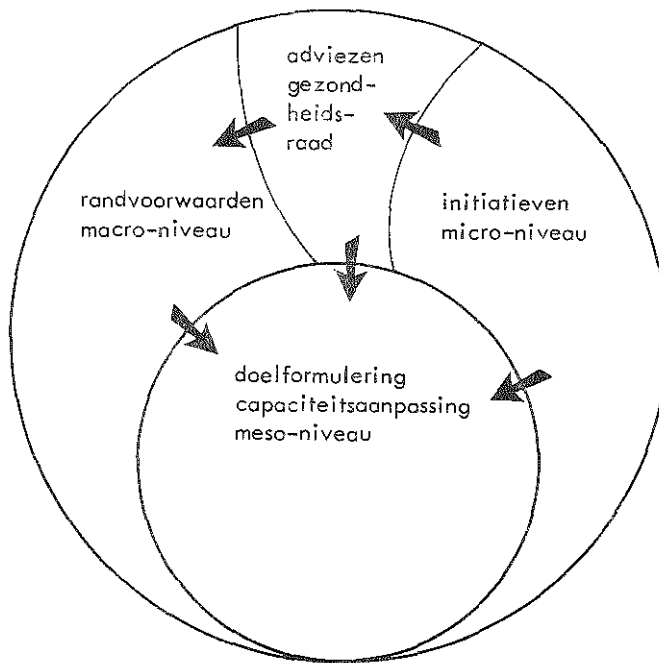
Begin 1973 verzoekt de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zijn ambtsgenoot van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken en het Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsorganisaties om medewerking teneinde gezamenlijk te komen tot een tarief voor de academische ziekenhuizen. Ter onderbouwing van een tarief verzoekt de Minister van Onderwijs en Wetenschappen de besturen van de academische ziekenhuizen om medewerking aan de totstandkoming van een kostendekkend tarief. Als uitgangspunt dient het interim advies van de tweede Commissie Nieveen.

De "Werkgroep Economische Evaluatie Hartchirurgie" van de Commissie Haex (zie paragraaf 6.5) heeft "berekeningen opgesteld van de kosten van een (open) hartoperatie, zoals die wordt uitgevoerd in het Sint Antoniusziekenhuis, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en de Academische Ziekenhuizen te Leiden en Nijmegen", (13). Aan de directies van de academische ziekenhuizen te Amsterdam, Groningen, Rotterdam en Utrecht (waar op dat tijdstip geen open hartoperaties meer plaatsvonden - zie tabel 7.2.1) is gevraagd de cijferopstellingen te evalueren. Zij dienden er daarbij rekening mee te houden, dat de kostenopstelling "zoveel mogelijk kostendekkend is en dat geen verschil gemaakt is tussen een open en een gesloten hartoperatie", (13).

Door de directies worden geen fundamentele wijzigingen aangebracht. Het tarief is tenslotte vastgesteld op f 20.000,00 en wordt ultimo 1974 aangepast tot f 25.000,00 per open hartoperatie. Een tarief dat is afgeleid van de kosten-calcuatie van een niet-academisch ziekenhuis.

Tariefvoorstellen van enkele academische ziekenhuizen komen eerst na enkele jaren. Het Academisch Ziekenhuis Leiden heeft een kostencalcuatie gemaakt voor een niet-acute- en een acute open hartoperatie bij volwassenen. De respectievelijke tarieven hiervoor zijn f 37.840,00 en f 47.260,00, (14). De Commissie voor de Tariefstructuur van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam heeft een kostencalcuatie gemaakt met als resultaat een tarief van f 32.156,00 per open hartoperatie, in 1977. Deze calcuatie is echter exclusief het aandeel van de kosten voor aangevraagde additionele materiële en ruimtelijke middelen, verband houdende met een uitbreiding van de operatie capaciteit.

De betekenis van een apart tarief voor de open hartchirurgie ligt hierin, dat alle uitgaven veroorzaakt door open hartoperaties uit de opbrengsten ervan moeten worden gefinancierd. In dit verband hanteert het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen het begrip "budgettaire neutraliteit", hetgeen inhoudt, dat uitgaven terzake van investeringen, exploitatie en liquiditeitsoverbrugging, gedaan ten behoeve van de open hartchirurgie, moeten worden betaald uit de opbrengsten van de open hartoperaties. De minister blijft desondanks het aantal personeelsleden bepalen.



Figuur 7.5.1 : Beïnvloeding van de doelformulering op het meso-niveau

### 7.5 De gewenste hartchirurgische capaciteit

Per hartchirurgisch centrum zijn doelstellingen geformuleerd, die variëren van maximaal 250 open hartoperaties per jaar tot een gemiddeld aantal operaties van 1000 per jaar.

Een enkel ziekenhuis stelt geen limiet ten aanzien van het aantal operaties.

Bij de formulering van de doelstelling is het landelijke streefgetal van 5000 -

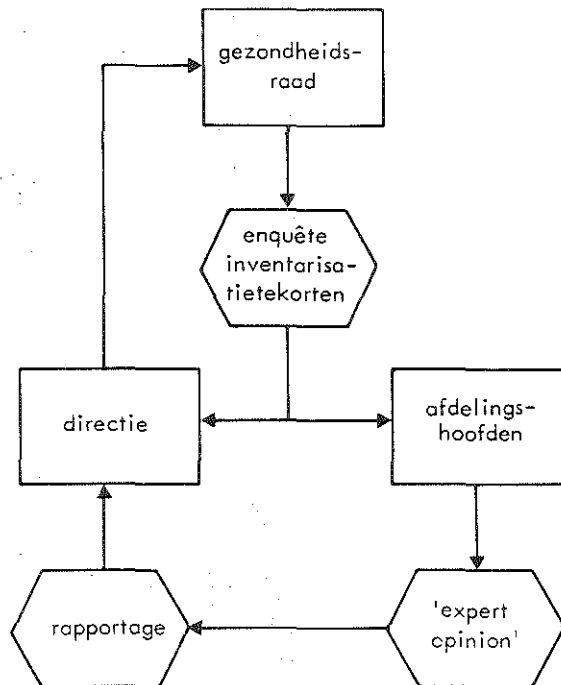
6000 open hartoperaties (15) van niet onaanzienlijke invloed. Vooral bepalend zijn de ideeën, die leven op het micro-niveau en de beleidsnota's, die worden geformuleerd op het macro-niveau. Bovendien worden de mogelijkheden beïnvloed door het vigerende financierings- en vergunningenstelsel, zoals in die vorige paragrafen is uiteengezet.

Schematisch is de beïnvloeding van de capaciteitsaanpassing in figuur 7.5.1 weergegeven.

De beleids- en besluitvorming in de individuele ziekenhuizen vertoont in het algemeen de invloed van het micro-niveau, dat dominant is ten opzichte van andere invloeden, hetgeen wij in de komende paragrafen zullen verduidelijken.

#### 7.6 Informatie-inventarisatieprocedure

De wijze waarop de benodigde informatie ten behoeve van de inventarisaties binnen een ziekenhuis is verzameld verschilt. Er zijn in deze twee categorieën te onderscheiden.



Figuur 7.6.1 : Informatie-inventarisatieprocedure met uitsluitend gebruikmaking van 'expert-opinion'

De eerste categorie wordt gekenmerkt door het patroon waarbij de afdelingshoofden de informatie verstrekken aan de directies, die de aldus geïnventariseerde behoefte zonder fundamentele expertise aan de 'enquêteur' doorzendt. De directie verlaat zich geheel op de visie van de betrokken (medische) specialisten.

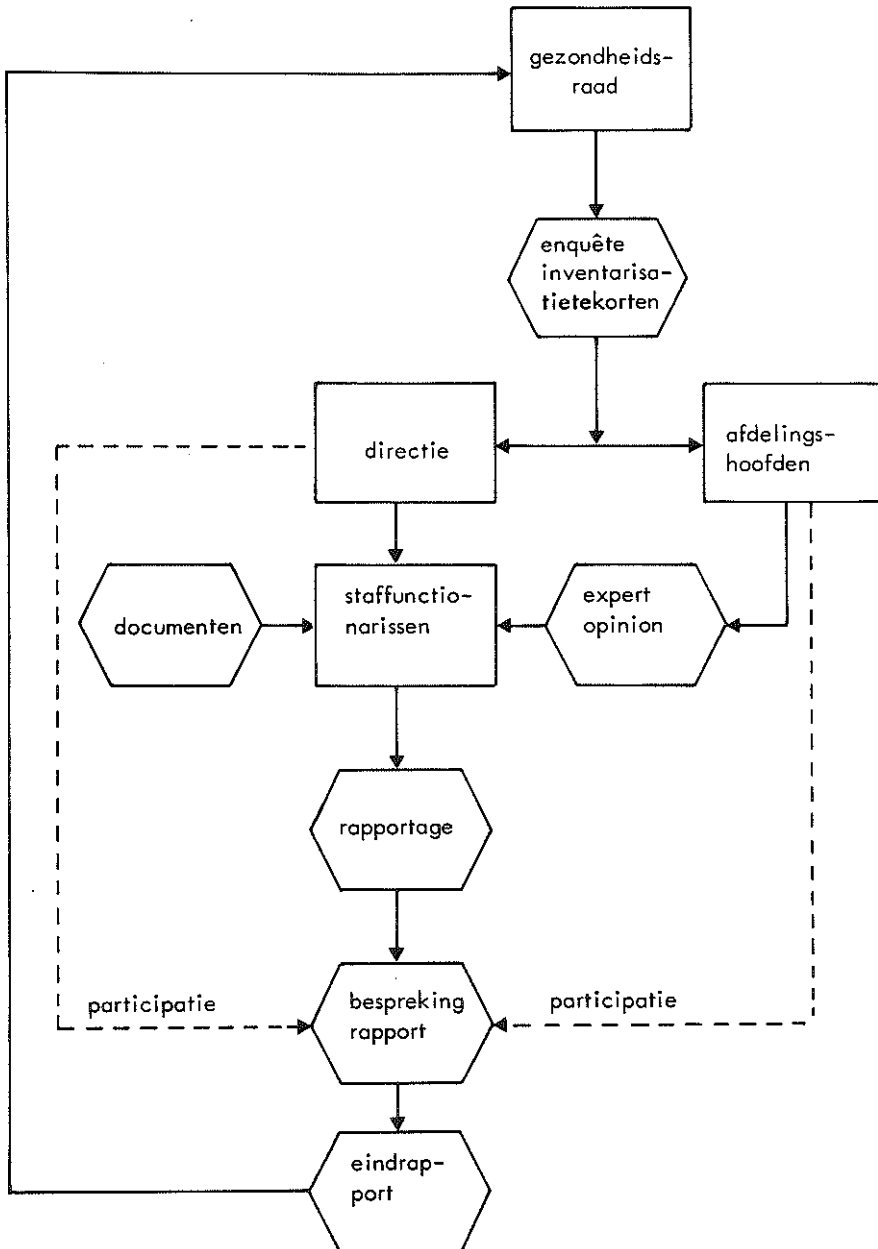
Figuur 7.6.1 geeft deze informatieprocedure weer.

Het resultaat van deze informatie-inventarisatie activiteit is, dat de behoeften, zoals deze door de betrokken hoofden van medische afdelingen kenbaar zijn gemaakt, zonder 'reductie-slag' naar de tot inventarisatie bevoegde commissies (16) zijn gezonden.

De tweede categorie wordt gekenmerkt door een informatie-inventarisatieprocedure, waarbij de directie aan enkele staffunctionarissen de opdracht heeft verstrekt de gevolgen van een mogelijke uitbreiding van de open hartchirurgie te analyseren. De resultaten van deze analyses zijn daarop tot stand gekomen aan de hand van informatie uit medische patiëntendossiers, operatiekamerverslagen en gesprekken met terzake kundigen.

Figuur 7.6.2 toont de informatie-inventarisatie activiteit met inschakeling van staffunctionarissen.

Aansluitend op de resultaten-rapportage heeft in de betrokken ziekenhuizen een tri-partite-overleg plaats gevonden tussen directie, staffunctionarissen en afdelingshoofden. Uit dit overleg is de reactie op de inventarisaties naar de tekorten van het hartchirurgisch centrum vastgelegd en aan betrokkenen gezonden.



Figuur 7.6.2 : Informatie-inventarisatieprocedure met gebruikmaking van 'expert-opinion' en documenten-analyse

## 7.7 Het per instelling gevoerde beleid

Het gevoerde beleid vertoont per instelling een groot aantal gelijkenissen, maar ook enkele evidente verschillen. De overeenkomsten, die zijn te beschouwen als de grootste gemene deler, beschrijven we in deze paragraaf. De wezenlijk verschillende bijzonderheden zijn in de komende subparagrafen beschreven, welke ongelijk in volume zijn omdat de onderscheidende bijzonderheden naar kwantiteit en kwaliteit onderling per ziekenhuis verschillen.

Het beleid in de academische ziekenhuizen kent twee omslagmomenten. Het eerste betreft het streven naar een operatiecapaciteit tot 250 open hartoperaties per jaar. Een besluit dat wordt genomen medio 1975, (17). Deze fase strekt zich in de tijd gezien uit tot het vierde kwartaal 1976, het moment waarop de verantwoordelijke bewindsman zijn streven naar 400 open hartoperaties in de academische ziekenhuizen bekend maakt (18).

Aan deze omslagmomenten is een tweetal inventarisatiefasen voorafgegaan. Bij de inventarisatieactiviteit van de Commissie Haex, de eerste fase, zijn ook de niet-academische hartcentra betrokken geweest.

De formulering van de doelstelling '250 open hartoperaties per centrum' is een gebeuren waarin nimmer de directies en besturen van de onderscheiden instellingen betrokken zijn geweest. Aan ten minste vijf van de zeven ziekenhuizen blijkt nimmer het advies van de tweede Commissie Nieveen formeel te zijn bekend gemaakt, respectievelijk aangeboden. Noch zijn in dit traject de verantwoordelijke besturen en directies gekend in de voorbereiding.

Anders verloopt dit bij de inventarisatie van de tekorten van de hartchirurgische capaciteit door de Commissie Haex (zie Paragraaf 6.6).

De geïnventariseerde behoeften zijn opgesteld door de directies van de individuele ziekenhuizen in nauwe samenwerking met de hoofden van de afdelingen Thoraxchirurgie, Cardiologie, eventueel Kindercardiologie, Radiologie en Anaesthesie. Ook legt de Commissie Haex aan de ziekenhuizen de vraag voor aan welke wijze van financiering van de kosten verbonden aan de open hartoperaties, de voorkeur wordt gegeven, namelijk via de ziekenfondspremies of via subsidies (19). Deze vraag is, voorzover uit de resultaten van de enquête blijkt, niet beantwoord door de betrokken ziekenhuizen.

In de ziekenhuizen wijzen de 'uitvoerende niveaus' bij herhaling het bestuur en de directie op de wenselijkheid en noodzakelijkheid gehoor te geven aan het advies van de Commissie Haex. De medische specialisten formuleren bij herhaling eisen ten aanzien van uitbreiding van personele-, ruimtelijke- en materiële voorzieningen, die betrekking hebben op de verschillende fasen van het diagnose- en behandelingsproces, inclusief de hartrevalidatie.

Onvoldoende wordt door de direct betrokken medische specialisten rekening gehouden met het feit dat uitbreiding van cardiochirurgische activiteiten kan leiden tot een kettingreactie van uitbreidingen in andere interdependente afdelingen, zoals bij voorbeeld de bacteriologie, klinische-chemie, haematologie, mondheelkunde, centrale sterilisatie, diëtdienst, schoonmaakdienst, transportdienst, linnenkamer en financiële administratie.

Omstreeks 17 mei 1976 ontvangen de verschillende hartcentra, voorzover zij daarvoor in aanmerking komen, een telegram van de voorzitter van de Gezondheidsraad, waarin namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne wordt verzocht om binnen 48 uur een opgave te ontvangen van benodigde personele- en materiële middelen ten behoeve van een uitbreiding tot 400 open hartoperaties. Onder grote politieke pressie van die periode blijkt dit telegram te zijn verspreid. De beleidsnota van september 1976 (18) formuleert onder meer voor de academische hartcentra als doelstelling te komen tot gemiddeld 400 open hartoperaties per centrum per jaar.

De instellingen gaan hiermee in beginsel accoord, mits wordt voldaan aan de voorwaarden met betrekking tot de benodigde faciliteiten.

Op dezelfde datum verzoekt de voorzitter van de Gezondheidsraad de hartcentra met spoed een opgave van het aantal patiënten, dat op de wachtlijst voorkomt in verband met de landelijke capaciteitsberekening. Aan dit verzoek wordt door de betrokken hartcentra eveneens op korte termijn voldaan.

Op 24 december 1976 wendt het Besturenoverleg van de academische ziekenhuizen zich tot de staatssecretaris met de mededeling dat een onderling tussen de academische ziekenhuizen afgestemde opstelling van de benodigdheden ten behoeve van de hartchirurgie wordt nagestreefd en dat de benodigde middelen niet ten koste mogen gaan van andere te entameren activiteiten. Er mag dus geen reallocatie van de middelen plaats vinden, omdat dit evenmin geldt voor de niet-academische ziekenhuizen.

Binnen de academische ziekenhuizen is ook enkele malen door medische specialisten duidelijk gemaakt dat:

- . in verband met het onderwijs aan medische studenten de uitbreiding van de open hartchirurgie niet noodzakelijk is;
- . vanuit het oogpunt van de volksgezondheid uitbreiding wellicht gewenst is, maar dat het de vraag is of dit dan wel dient plaats te hebben in het academisch ziekenhuis en of de faculteit dient te beslissen of thoraxchirurgen moeten worden opgeleid;
- . de opvoering van het aantal open hartoperaties slechts dan mogelijk is, wanneer hoog gekwalificeerd personeel wordt aangetrokken, dat niet mag worden onttrokken aan andere afdelingen.

### 7.7.1 Ziekenhuis Eén

In Ziekenhuis Eén heeft, buiten voorkennis van bestuur en directie, een functionaris van het micro-niveau, belast met de directe patiëntenzorg, naar aanleiding van de opvoering van de open hartchirurgische verrichtingen eind 1973, rechtstreeks contact gezocht met een beleidsambtenaar van één van de betrokken departementen. In dit gesprek zijn de consequenties voor het hartcentrum van een eventuele uitbreiding tot 250 open hartoperaties besproken en in een later stadium vastgelegd in een rapport, van 1974. De inhoud van dit interne rapport is besproken door de directie tezamen met een viertal hoofden van medische afdelingen.

In de eerste helft van 1974 dringt een viertal medische specialisten bij de directie aan op het ten spoedigste aangeven van wegen, die kunnen leiden tot vergroting van de capaciteit van de thoraxchirurgie. Los van deze actie adviseert één van hen het bestuur de realisering van de capaciteitsuitbreiding te bevorderen. Er staat voortdurend een druk op de directie om te bevorderen dat het personeelsbestand wordt aangepast om een uitbreiding van de gewenste capaciteit tot 250 operaties mogelijk te maken.

Verdere bereidheid tot opvoering van de operatiecapaciteit in 1976 wordt, door het micro-niveau, wederom geheel afhankelijk gesteld van het beschikbaar stellen van vooral voldoende deskundig personeel.

De directie in dit ziekenhuis onderhandelt met en ten behoeve van direct betrokken afdelingshoofden. Eerst in latere stadia aangevuld met een grotere groep direct en indirect betrokkenen, soms zelfs uitlopend tot de voltallige medische staf.

### 7.7.2 Ziekenhuis Twee

In Ziekenhuis Twee is mede van invloed geweest op de omvang van de cardiochirurgische verrichtingen de situatie dat

1. de directie geen limiet heeft gesteld aan het aantal te verrichten open hartoperaties. De verwachting is dat in 1978 het aantal operaties het door het betrokken departement vastgestelde aantal te boven zal gaan. Door externe financiers is geld ter beschikking gesteld voor de inrichting en ingebruikneming van een derde operatiekamer. Van directiezijde is hiertegen geen bezwaar ge-



maakt, mits de exploitatie en het beheer in handen van het ziekenhuis komen te liggen. Het probleem is echter dat bij ingebruikneming een additionele behoefte is ontstaan aan een aantal personeelsleden, waarvoor geen geld in één of andere vorm beschikbaar wordt gesteld;

2. het verantwoordelijke departement heeft geëist dat eerst aan de gestelde li-miet wordt voldaan voordat het medewerking heeft willen verlenen tot uitbreiding van het aantal operaties;
3. het persoonlijke relatiepatroon tussen cardiochirurgen, cardiologen, anaesthesisten, enzovoorts, heeft remmend gewerkt;

De initiatieven tot uitbreiding van de capaciteit respectievelijk tot het verkrijgen van meer doelmatige en kwalitatief beter uitgeruste voorzieningen, worden in het algemeen genomen door het hoofd van de thoraxchirurgische afdeling. Hij is het ook die aan de Commissie Haex van de Gezondheidsraad de data toegespitst op de additionele voorzieningen verstrekt. Een afschrift van deze opgave is aan de directie gezonden.

In de periode 1972 legt de directie van Ziekenhuis Twee aan het bestuur de problematiek rondom de hartchirurgie voor. Twee zaken worden daarin onderscheiden, namelijk het functioneren van de afdeling thoraxchirurgie in de actuele en de toekomstige situatie, waarbij de nadruk wordt gelegd op de informatie- en overleg- c.q. communicatiefunctie als een taak van de directie en het overleg inzake een eventuele samenwerking met derden.

Eén van de leden van de directie deelt aan zijn collegae directieleden mee, dat hij à titre personnel is benoemd in de Commissie Haex. Hij stelt voor onderling overleg te voeren ook met de betrokken medische afdelingen, inzake het in te brengen cijfermateriaal. Een situatie die wij in nog enkele ziekenhuizen zijn tegengekomen.

De beleidsnota van de Staatssecretarissen van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van september 1976 (18) en het verzoek aan te geven wat de eventuele consequenties zouden kunnen zijn van het opvoeren van de operatiecapaciteit tot het door de bewindslieden gewenste aantal, is aanleiding geweest voor intern overleg. Aanwezig hierbij waren bestuur, directie, afdelingshoofden van Cardiologie en Thoraxchirurgie en enkele andere vertegenwoordigers van de medische staf. Aan het micro-niveau is gevraagd een opgave te doen van de mogelijke aanvullende benodigdheden.

### 7.7.3 Ziekenhuis Drie

Nog voor het verschijnen van het integrale advies van de eerste Commissie Nieveen is door het hoofd van de afdeling Thoraxchirurgie in Ziekenhuis Drie gewezen op de noodzaak in dit ziekenhuis een capaciteit voor enige honderden open hartoperaties te realiseren. De mogelijkheid tot realisering hiervan werd naast een uitbreiding van de eigen capaciteit gezien in een samenwerking met derden.

De op verzoek van de Commissie Haex geïnventariseerde behoefte is opgesteld door de directie in samenwerking met de hoofden van de afdelingen Thoraxchirurgie, (Kinder)Cardiologie, Radiologie en Anaesthesie.

Het micro-niveau stelt de behoefte aan voornamelijk personele en materiële middelen op en blijft, ook na het verschijnen van het advies van de Commissie Haex, bestuur en directie onder druk zetten toch vooral gehoor te geven aan het gepubliceerde advies van laatstgenoemde commissie. Bij herhaling formuleren enkele afdelingshoofden eisen ten aanzien van de uitbreiding van personele en materiële voorzieningen. Deze voorzieningen hebben betrekking op de verschillende fasen van het diagnose- en behandelingsproces, inclusief de hartrevalidatie. Duidelijk treedt hierbij naar voren dat betrokken functionarissen zich onvoldoende realiseren dat uitbreiding van cardiochirurgische activiteiten tot een kettingreactie van uitbreidingen in interdependente afdelingen aanleiding kan geven. Deze kettingreactie wordt des te waarschijnlijk wanneer het hoofd van de afdeling Thoraxchirurgie, medio 1974, aan de directie voorstellen doet de uitbreiding tot het door de Gezondheidsraad geadviseerde aantal te bevorderen, terwijl nog niet eens de eerder voorgestelde limiet is gerealiseerd. Het bestuur van Ziekenhuis Drie reageert hierop door de voorstellen aan de betrokken bewindsman voor te leggen.

De dato 4 juni 1976 zendt het micro-niveau een telegram aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, met de mededeling, dat het aantal behandelde patiënten achterblijft bij het gewenste aantal te behandelen patiënten en dat uitbouw van de capaciteit zeer goed mogelijk is, waartoe de organisatiestructuur moet worden aangepast aan de eisen van de regio. Als oorzaken van de 'gap' worden genoemd:

- de vrees tot verstoring van de evenwichtige opbouw van Ziekenhuis Drie, en
- het tekort aan getrainde mankracht van verschillende disciplines.

Korte tijd later bepleiten een cardioloog en een cardiochirurg bij directie en bestuur een geheel nieuwe ontwikkeling van het hartcentrum, strevend naar een

operatiecapaciteit van 700 tot 1000 open hartoperaties per jaar. Bestuur en directie beperken zich tot het bestuderen van deze voorstellen.

Begin 1977 besluit het bestuur de capaciteit van het hartcentrum te blokkeren op grond van het restrictieve beleid van de overheid. Nadat vervolgens cardiologen en cardiochirurgen bezwaar hadden aangetekend tegen dit gefixeerde aantal - op jaarbasis werden reeds meer operaties verricht - adviseert de directie het bestuur accoord te gaan met een hoger aantal operaties per jaar. Hier toe wordt besloten omdat terugdraaien van het aantal verrichtingen feitelijk niet mogelijk is.

#### 7.7.4 Ziekenhuis Vier

In Ziekenhuis Vier heeft de enquête van de Commissie Haex aanleiding gegeven een eigen norm voor benodigd personeel, ten behoeve van 250 open hartoperaties, te ontwikkelen. De eigen extra personeelsbehoefte is van deze norm afgeleid. Vanuit het micro-niveau wordt gepleit voor instandhouding en uitbreiding van bestaande hartcentra ter voorkoming van versnippering van kennis en het uiteenvallen van de zogenaamde infrastructuur, waarmee wordt aangegeven de gebundelde en van elkaar afhankelijke kennis en kunde van de bij open hartoperaties betrokken disciplines.

De nota van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen van 20 september 1976 (18) heeft geleid tot de instelling van een ad-hoc studiegroep, die als taak kreeg na te gaan onder welke voorwaarden uitbreiding van de operatiecapaciteit mogelijk is. De studiegroep bestond uit vijf hoofden van medische afdelingen, een directielid en een staffunctionaris van de directie.

In het rapport van de groep wordt aandacht gevraagd voor de effecten van de uitbreiding van de operatiecapaciteit voor de kindercardiologie, thoraxchirurgie, anaesthesie, verpleging, bloedbank, klinisch chemisch laboratorium en andere laboratoria, fysiotherapie of revalidatie, medisch maatschappelijk werk en radiodiagnostiek.

De resultaten van deze studiegroep zijn in februari 1977 door het bestuur aan de verantwoordelijke staatssecretaris gezonden. In september 1977 wordt met de staatssecretaris overeenstemming bereikt over de omvang van het aantal jaarlijks te verrichten open hartoperaties.

### 7.7.5 Ziekenhuis Vijf

Een viertal factoren heeft in dit ziekenhuis meer dan elders een duidelijke invloed gehad op de uiteindelijke beslissing inzake het te realiseren aantal open hartoperaties:

1. de verzelfstandiging van het vak thoraxchirurgie;
2. de visie dat de open hartchirurgie voornamelijk een palliatief karakter droeg en het ontbreken van het levensverlengende karakter;
3. de algemene rem op de toewijzing van de middelen met een lichte uitzondering van de middelen ten behoeve van de hartchirurgische verrichtingen;
4. de invoering van een speciaal tarief ten behoeve van een open hartoperatie.

De onder 1 genoemde factor heeft geleid tot het vanuit een autonome positie aanvragen van personele-, ruimtelijke- en materiële middelen. Aanvankelijk werden deze aanvragen binnen de chirurgische groep beoordeeld in relatie tot de totale aanvraag van de groep. De erkenning heeft met zich meegebracht dat een 'sociale rem' wegviel.

De tweede factor is er de oorzaak van, dat van de kant van cardiologen en anaesthesisten een zekere remmende werking optrad op uitbreidingsplannen, terwijl de onder 3 en 4 genoemde factoren door de overheid als een rem zijn gehanteerd. Het bestuur en de directie hebben bovendien als eis gesteld, dat uitbreiding van de open hartoperatie-capaciteit de 'evenwichtige opbouw' van het ziekenhuis niet mag verstoren.

Deze remmende factoren zijn niet bevorderlijk geweest voor de ontplooiing van de hartchirurgische verrichtingen, desondanks zijn de cardiochirurgen een zekere pressie blijven uitoefenen op de directie, om de voorwaarden tot uitbreiding gerealiseerd te krijgen. De druk op de directie is ook van buiten gekomen, zodat tenslotte is besloten de capaciteit tot een bepaalde limiet aan te passen. Wanneer het departementale beleid erop wordt gericht de capaciteit nog verder op te voeren, vraagt het bestuur zich tegenover de verantwoordelijke bewindsman af, waarom deze tot uitbreiding heeft besloten, gezien de bestaande onzekerheid over de noodzakelijke nationale uitbreiding van het aantal operaties. Is dit wellicht alleen vanwege de "incidentele politieke druk"? Onder deze druk zouden nog meer uitbreidingen van topklinische voorzieningen kunnen worden afgedwongen.

Het bestuur en de directie blijken nochtans niet bestand tegen de interne- en externe druk en ook ten tweede male wordt besloten de capaciteit ten behoeve van het verrichten van open hartoperaties uit te bereiden.

### 7.7.6 Ziekenhuis Zes

De procedure die kan leiden tot uiteindelijke opvoering van het aantal open hartoperaties, vindt zijn start aan de basis bij de daadwerkelijke uitvoerders, die na intern beraad de directie in de beraadslagingen betreft. Nadat de behoefte wordt gevoeld dat het aantal chirurgen moet worden uitgebreid, wordt met de directie hierover contact gelegd. Gezamenlijk is vervolgens bestudeerd wat de consequenties kunnen zijn voor andere afdelingen, voor wat betreft ruimtelijke voorzieningen, aantallen bedden en de verdeling ervan, aantal verpleegkundigen, uitbreiding materiële middelen, etcetera. Deze gehele materie wordt zorgvuldig voorbereid, waarna de plannen worden voor-gelegd aan het bestuur.

Het is krachtens interne procedurele afspraken uitgesloten dat medische specialisten of andere uitvoerders zich rechtstreeks tot het bestuur wenden met voorbijgaan van de directie. Eenzelfde afspraak bestaat ten aanzien van contacten naar buiten. Het bestuur, of in diens opdracht de directie, neemt contact op met externe instanties om overleg te plegen en vereiste goedkeuringen te verkrijgen.

### 7.7.7 Ziekenhuis Zeven

Het initiatief tot opvoering van het aantal open hartoperaties ligt in Ziekenhuis Zeven vooral bij de cardiochirurgen. In hun plannen betrekken zij primair de directie, eerst daarna de (medische) specialisten van de direct 'belendende' afdelingen, zoals cardiologie, anaesthesie, laboratoria, bloedbank, enzovoorts. Bij de aanvragen tot uitbreiding van de capaciteit heeft de medische staf zich aanvankelijk nogal sceptisch opgesteld, uit vrees dat de allocatie van de middelen teveel ten gunste van de hartchirurgie zou verlopen, ten koste van toewijzing van de middelen voor de eigen afdeling.

## 7.8 De hartchirurgische capaciteit anno 1978

Sedert in 1971 het integrale advies van de Gezondheidsraad (20) werd gepubliceerd, is in een zeer geleidelijk tempo de hartchirurgische capaciteit uitgebreid. Naast de zeven eerder genoemde hartcentra zijn hartchirurgische activiteiten gestart in het Wilhelminakinderziekenhuis te Utrecht c.q. hervat in het Academisch Ziekenhuis Utrecht, het Catharinaziekenhuis te Eindhoven en het Zuiderziekenhuis te Rotterdam. Daarnaast bestaan plannen de hartchirurgie te

starten in het ziekenhuis De Klokenberg te Breda. Van het voornemen om ook in een andere instelling, Zonnestraal te Hilversum, hartchirurgie te beginnen, is, ondanks dat de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zich met de initiatiefplannen kon verenigen, door zijn opvolgster afgezien. De gedachten gaan nu veel meer uit naar het ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle (21).

Tesamen met het aantal patiënten dat vanuit Nederland voor operatie naar het buitenland wordt gezonden, hebben in 1978 in totaal 4059 patiënten een open hartoperatie ondergaan. Tabel 7.8.1 geeft de specificatie over de centra.

Omschrijving	1978
. Academisch ziekenhuis	
- bij de Universiteit van Amsterdam	452
- Groningen	278
- Leiden	294
- Nijmegen / Sint Radboud Ziekenhuis	252
- Rotterdam	474
- Utrecht	80
. Catharinaziekenhuis, Eindhoven	74
. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam	174
. Sint Antoniusziekenhuis, Utrecht	776
. Wilhelminakinderziekenhuis, Utrecht	101
. Zuiderziekenhuis, Rotterdam	25
Totaal ziekenhuizen	2.980
'Luchtbruggen' naar:	
. Grenolier	501
. Houston	268
. Londen	310
Totaal aantal open hartoperaties	4.059

Tabel 7.8.1 : Specificatie van het aantal open hartoperaties naar hartcentrum (22)

De hervatting van de hartchirurgie in het Zuiderziekenhuis te Rotterdam in 1978 mag worden gezien als het resultaat van het voortdurend onder druk zetten van de directie van het Zuiderziekenhuis en het Gemeentebestuur van Rotterdam door cardiologen van vooral het Zuiderziekenhuis en cardiochirurgen van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Toestemming tot hervatting van de open hartoperaties is alleen verleend onder de conditie dat een samenwerkingsverband terzake met het Academisch Ziekenhuis Rotterdam tot stand is gebracht. Burgemeester en Wethouders van de Gemeente Rotterdam hebben daarop op hun beurt de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne onder druk gezet, met uiteindelijk succes; op 27 oktober 1976 is goedkeuring verkregen. Partijen hebben zich voornamelijk gebaseerd op de plannen van het micro-niveau (23).

De wens de hartchirurgie in het Catharinaziekenhuis in Eindhoven te hervatten, komt voort uit wat wellicht het beste kan worden getypeerd als een streven naar rehabilitatie (24). Aan het plan voor het opnieuw beginnen van de cardiochirurgie in dit ziekenhuis is door vrijwel alle disciplines in het ziekenhuis op één of andere wijze meegewerkt.

## 7.9 Conclusie

De totstandkoming van het beleid gericht op de capaciteitsaanpassing in de individuele betrokken ziekenhuizen vertoont een grote mate van overeenkomst. Zonder uitzondering is het initiatief genomen op het microniveau en zijn de plannen in een duidelijk omlijnd kader gebracht op het moment dat het meso-niveau erin wordt betrokken. Besturen en directies staan in de meeste van de besproken ziekenhuizen niet vooraan om de realisering van de uitbreidingen te bevorderen. Hun houding varieert van een afhoudende, afwachtende, analyserende tot in een enkele instelling een stimulerende attitude.

Deze houding wordt onder meer ingegeven door de voorwaarden, waaronder de uitbreiding tot stand moet worden gebracht. De beperkte financiële middelen vervullen daarbij een dominerende rol. De doorvoering van een apart tarief voor de open hartchirurgie heeft een zekere verruiming teweeg gebracht. Verschillende ziekenhuisdirecteuren menen echter dat de hoogte ervan een volledige vergoeding voor de gemaakte kosten vooralsnog onmogelijk maakt. Zij stellen zich daarbij op het standpunt van de integrale kostenberekening. In deze visie wordt voortdurend een beroep gedaan op de algemene ziekenhuismiddelen. Dit is de reden dat niet de volledige medische staf zich kan vinden in de uitbreidingsplannen van de hartchirurgie.

Het microniveau stelt de plannen voor de uitbreiding op en probeert het mesoniveau te overtuigen van de noodzaak de plannen te realiseren. Functionarissen van het micro-niveau zijn 'à titre personnel' benoemd in adviescommissies van de Gezondheidsraad. Er is geen reden eraan te twijfelen dat dezelfde plannen doorklinken in de adviezen van de Raad. De benoemingen van functionarissen van het mesoniveau in een adviescommissie van de Raad geeft een aggregerende werking aan dit fenomeen. Ook zij zullen de individuele plannen in het verlengde van het microniveau laten doorklinken in de adviezen.

In een enkel ziekenhuis stelt het mesoniveau zich onherkenbaar op. Afgaande op uitsluitend de informatie van het microniveau vervullen bestuur en directie van de betreffende instelling een de ontwikkelingen volgend 'beleid'. Formulering van de doelstelling en het aangeven van de benodigde middelen geschiedt door het microniveau.

De door het microniveau geïnitieerde plannen hebben alleen betrekking op de eigen discipline c.q. medische specialisatie. Om die reden spreken wij van een categorale beleidsvorming op het microniveau. Van het mesoniveau wordt verondersteld dat het de verschillende categorale beleidsvoorstellen tot een integraal beleid smeedt.



## Noten hoofdstuk 7

1. A.Z. magazine, uitgave ter gelegenheid van het 65-jarig bestaan van het Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht, p. 27.
2. De aantallen van 1972 zijn, met een uitzondering, overgenomen uit "Advies inzake voorziening in de tekorten der Hartchirurgische centra ter realisering van fase I, per 1-1-1976", van de Gezondheidsraad, p. 19; de aantallen van 1971 en 1973 zijn verkregen van de onderscheiden ziekenhuizen zelf; de aantallen voor de jaren 1974-1977 zijn uit : "Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Jaarverslag 1976 van de Geneeskundige Hoofdinspecteur - Staatstoezicht op de Volksgezondheid", serie Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1977, no. 46, p. 22.
3. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten; uitgebracht door de Gezondheidsraad, serie Verslagen en Mededelingen 1971, nr. 14, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1971.  
Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Interim-advies behoefte-raming Coronaire hartchirurgie; Advies van de Gezondheidsraad, serie Verslagen, Adviezen en Rapporten, 1976, nr. 43.
4. Onder een functiepakket van een ziekenhuis wordt in de praktijk veelal begrepen het aantal verschillende medische-, paramedische- en medisch-ondersteunende specialisaties. Zie hiervoor onder andere het "Interim-rapport betreffende de gegevensverzameling in het kader van het basisonderzoek kostenstructuur ziekenhuizen - Deel I", van het Nationaal Ziekenhuisinstituut, publicatie 74.50, Utrecht, mei 1974; en het "Rapport inzake het Werkmodel Basisziekenhuis", van de Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht, juni 1978.
5. Herhaaldelijk is in het vooruitzicht gesteld dat artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen van toepassing zal worden verklaard op de hartchirurgie. De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft dit voornemen nog uitgesteld, vanwege het explosieve karakter van de hartchirurgie en omdat voortdurend overleg wordt gepleegd over het eventueel opnemen van dit specialisme in het functiepakket van een ziekenhuis. Zie hiervoor het resultaat van een mondeling overleg, d.d. 15 november 1977, vastgelegd in het verslag 12.261, nr. 5, zitting 1977-1978 van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, p. 11-15.
6. Santema, S. : Georganiseerde Maatschappelijke Gezondheidszorg-structuur, werkzaamheden, raakvlakken; Van Gorcum, Assen, 1976, p. 19, e.v.
7. "Begrotingsuitvoering Academische Ziekenhuizen, een pleidooi voor grotere flexibiliteit", advies van een werkgroep ad-hoc aan de Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, d.d. 26 mei 1976.
8. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (hierna genoemd: C.v.Z.) werd op 28 juni 1972 geïnstalleerd door de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Stuyt.  
De taak en de samenstelling van dit College zijn geregeld in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, die in 1971 reeds ten dele van kracht werd. Ten dele omdat in deze wet sprake was van een landelijk ziekenhuisplan dat er feitelijk nooit is gekomen, want bij wetswijziging van 1976 is afgestapt van het landelijk plan en is overgegaan tot deelplannen.  
De Wet Ziekenhuisvoorzieningen geeft sedert 1 september 1979 de minister vergaande bevoegdheid tot ingrijpen in de ziekenhuissector.  
De taak van het C.v.Z. was in eerste aanleg het toetsen van de provinciale plannen aan het landelijk ziekenhuisplan. Een aanvraag voor de bouw van een ziekenhuisvoorziening zou moeten worden beoordeeld in het licht van dit landelijk plan. De minister verstrekt een vergunning, indien is gebleken, dat

de ziekenhuisvoorziening past in het totaalbeeld en dat het bouwplan voldoet aan zekere eisen, waarbij wordt geadviseerd door het C.v.Z. artikel 2, lid 2 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen geeft het C.v.Z. echter meer adviesbevoegdheid dan de bovengenoemde twee : "Het College heeft tot taak onze minister op zijn verzoek of uit eigen beweging van advies te dienen met betrekking tot de uitvoering van deze wet en met betrekking tot andere zaken, de doelmatige voorzieningen ter zake van ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg betreffende".

9. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (hierna genoemd : C.O.Z.) is een privaatrechtelijke stichting, opgericht in 1962. Het C.O.Z. heeft als doel "het vaststellen en adviseren van tarieven van instellingen van intramurale gezondheidszorg" (Wagner, 1975). Tot de inwerkingtreding van de Wet Ziekenhuistarieven in 1965 waren de Minister van Economische Zaken en van Sociale Zaken en Volksgezondheid gedelegeerd aan het C.O.Z. : "Indien door organisaties van ziekenhuizen, van ziekenfondsen en van andere belanghebbenden een naar het oordeel van onze ministers voldoende representatief orgaan is ingesteld, hetwelk zich ten doel stelt de vaststelling van verantwoorde tarieven te bevorderen, kan onze minister dit orgaan aanwijzen als het centraal orgaan in de zin van deze wet". Tot het werkterrein van het C.O.Z. behoren de instellingen binnen de intramurale gezondheidszorg, echter nog met uitzondering van de academische ziekenhuizen. In het algemeen de instellingen, die erkend zijn krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, ook instellingen als medische kindertehuizen, medische kleuterdagverblijven en dagverblijven voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten. Het C.O.Z. stelt de hoogte van de tarieven zodanig vast, dat er sprake is van kostendekkende tarieven en adviseert de minister dienaangaand.
10. De artikelen 96bis, 96ter en 114 van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs regelen de rijksbijdrage voor de kosten van onder meer onderwijs en onderzoek van de academische ziekenhuizen.
11. De Tariefcommissie Academische Ziekenhuizen is door de Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen op 14 oktober 1975 geïnstalleerd. De taak van deze Commissie is de Minister van Onderwijs en Wetenschappen te adviseren omtrent :
  - "a. de vaststelling van verantwoorde tarieven voor de academische ziekenhuizen;
  - b. de uiteindelijke inpassing van het tariefbeleid ten aanzien van de academische ziekenhuizen in het kader van de werkzaamheden van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven."
 Uit : Jaarverslag van de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven 1975, p. 13 en 134.
12. Aangetekend dient te worden dat haemodialyse een poliklinische activiteit is, dat wil zeggen de nierpatiënt behoeft niet te worden opgenomen in een ziekenhuisbed. De dialyse duurt circa zes tot acht uur per behandeling.
13. Dit blijkt uit een schrijven aan de directies van academische ziekenhuizen, daterend van omstreeks 16 maart 1973.
14. Academisch Ziekenhuis Leiden : Kostencomputatie Hartchirurgie; oktober 1978, als bijlage 9 opgenomen in Eindadvies van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Academische Ziekenhuizen, december 1978.
15. Zie noot 3 : "Interim-advies behoefteraming coronaire hartchirurgie", van de Gezondheidsraad, d.d. 23 augustus 1976.
16. Verwezen wordt naar de enquête van de Commissie Haex, paragraaf 6.6; het telegram dat is verzonden door de Voorzitter van de Gezondheidsraad, d.d.

17 mei 1976, en de inventarisatieactiviteiten door de Commissie Verhey.

17. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975 - 12.261, nr. 2, d.d. 26 juni 1975.
18. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977 - 12.261, nr. 3, d.d. 20 september 1976.
19. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Advies inzake voorziening in de tekorten van de Hartchirurgische centra ter realisering van fase I per 1-1-1976; uitgebracht door de Gezondheidsraad, d.d. 29 oktober 1973, serie Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1974, p. 49.
20. Zie paragraaf 6.2 : De 'eerste' Commissie Nieveen.
21. Nederlandse Staatscourant, nr. 77, 20 april 1979, p. 1.
22. Het aantal operaties binnen het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam is rechtstreeks verkregen uit het ziekenhuis; de aantallen van de overige ziekenhuizen zijn verkregen van de Geneeskundige Hoofdin-spectie, terwijl de aantallen van de 'luchtbruggen' zijn verkregen van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging en de Ziekenfondsraad.
23. Uitgangspunt heeft steeds gevormd het concept "Grondslagen Samenwerkingsverband H.C.R.", van begin 1974 samengesteld door enkele functionarissen van het microniveau. H.C.R. is de afkorting voor Hartchirurgisch Centrum Rotterdam.
24. In herinnering mag worden geroepen, dat dit ziekenhuis omstreeks 1972 is gestopt met de hartchirurgie, vanwege het vertrek van de hartchirurg.

## 8. HET FEITELIJKE BELEID IN DE PERIODE 1971 - 1977

### 8.1 Probleemformulering

Gedurende de fase waarin vele verschillende soorten documenten zijn geanalyseerd, is gebleken dat acties zijn ondernomen door functionarissen van het microniveau. Onder meer hebben zij via publicaties bekendheid gegeven aan de volgens hen bestaande lacune tussen voorzieningen en behoefte van respectievelijk aan hartchirurgische capaciteit, (1). Daarnaast hebben vooral cardiologen en enkele cardiochirurgen buiten de 'eigen' directies en besturen om contact gezocht met politici, zoals leden van de Eerste en Tweede Kamer en verantwoordelijke bewindslieden. Het doel van deze acties is steeds geweest de realisering van de uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit te bespoedigen. In deze acties stonden zij niet alleen. De Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, opgericht op 28 oktober 1970, (2), heeft zich vanaf zijn oprichting beijverd, eveneens de uitbreiding van onderzoek- en behandelcapaciteit ten dienste van de hartpatiënten af te dwingen, via veel verschillende acties.

De erkenning van het medisch specialisme Cardiopulmonale chirurgie door het Centraal College, in 1973, is het resultaat van de inspanning van cardiologen en thoraxchirurgen, (3). De erkenning heeft geleid tot de oprichting van de Nederlandse Vereniging van Cardiopulmonale Chirurgie, waarin de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie is opgegaan. Naast voornoemde vereniging heeft zich voor de capaciteitsuitbreiding ingezet de Nederlandse Vereniging van Cardiologie, onder meer in overlegsituaties met verantwoordelijke bewindslieden en betrokken kamerleden.

De beide verenigingen hebben tezamen mede opgericht de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland, die zich ten doel heeft gesteld de begeleiding van de uitbreidingsplannen. Deze commissie is officieel als adviescommissie door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne geïnstalleerd op 27 november 1978, (4).

De genoemde medische beroepsverenigingen hebben ook indirect, namelijk via de Begeleidingscommissie, getracht de verwezenlijking van de uitbreidingsplannen te bevorderen.

In de hierna volgende paragrafen hebben wij verschillende vormen van acties beschreven, die tot doel hebben de beleid- en besluitvorming te bevoor-

deren. De acties dragen doorgaans een eenzijdig karakter. Ze worden gevoerd met een grote frequentie naar aanleiding van het persoonlijk respectievelijk collectief beleven van een grote vertraging in de besluitvorming op het meso- en macroniveau. De keuze van de te benaderen c.q. te beïnvloeden functionaris respectievelijk object wordt ingegeven door het verwachte rendement op de korte termijn.

Wij hebben deze vorm van beleidsvormende invloeden c.q. krachten de feitelijke beleidsvorming genoemd ter onderscheiding van de formele, zoals in de hoofdstukken 6 en 7 is beschreven.

## 8.2 De invloed van de medische professie

Een aantal aan de hartcentra verbonden cardiologen en cardiochirurgen probeert onophoudelijk zijn invloed aan te wenden om de beleidsvorming inzake vooral de capaciteitsuitbreiding van de diagnostische- en chirurgische mogelijkheden overeenkomstig de adviezen van de Gezondheidsraad te bevorderen. De vorm waarin deze invloed wordt aangewend varieert van het voeren van overleg, het doen van mededelingen, het contact zoeken met kamerleden, het rechtstreeks benaderen van ambtelijke functionarissen ten departemente tot het aanwenden van machtsmiddelen in de vorm van de dreiging de operatieactiviteiten stop te zetten, indien niet wordt voldaan aan de wensen van bijvoorbeeld noodzakelijke personeelsuitbreiding. Een aantal voorbeelden getuigen van deze informele beleidsvormende krachten.

1. Circa zes maanden vooruitlopend op de eventuele instemming van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met het advies van de 'tweede' Commissie Nieveen, maken twee leden van de commissie reeds bekend dat het advies de instemming heeft van de minister, de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie, de Nederlandse Cardiologenvereniging, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging.
2. Medio 1973 wordt een lid van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer door een cardioloog benaderd met het verzoek zijn invloed aan te wenden bij de minister en de staatssecretaris, met als doel fase 1 van het Interim-advies gestalte te geven. Vrijwel gelijktijdig trachten enkele cardiologen en cardiochirurgen audiëntie aan te vragen bij de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, om voor een oplossing van de acute nood te pleiten.

3. Begin 1975 neemt een cardioloog contact op met de voorzitter van de Gezondheidsraad en wijst hem op de zijns inziens merkwaardige procedure die door een van de betrokken departementen wordt gevolgd, inzake de allocatie van de financiële middelen aan enkele hartchirurgische centra. Terwijl enkele instellingen op basis van in rapporten vastgelegde argumenten het departement proberen te overtuigen van de noodzaak middelen toe te wijzen, wordt aan een andere instelling "zonder enige vorm van proces" een forse som gelds toegekend. Hij verzoekt de voorzitter actie terzake op te nemen.
4. Het herhaaldelijk uitstellen van open hartoperaties vanwege het gebrek aan deskundig verplegend personeel is voor een hartchirurg onder meer aanleiding tot het rechtstreeks benaderen van het Departement van Onderwijs en Wetenschappen, met als doel dit knelpunt op korte termijn op te heffen.
5. Medio 1976 zendt een aantal cardiologen en cardiochirurgen een telegram naar de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, met de inhoud dat het aantal behandelde patiënten achterblijft bij het gewenste aantal te behandelen patiënten en dat 'uitbouw' van de capaciteit zeer goed mogelijk is, waartoe de organisatiestructuur van een specifiek hartcentrum dient te worden aangepast aan de eisen van de regio.
6. De secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie richt zich schriftelijk, mede namens het Concilium der Cardiopulmonale chirurgie, tot de Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, met een copie aan zijn ambtgenoot van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het betreft een verzoek tot een onderhoud ter toelichting van de noodzaak tot het opheffen van de nog steeds aanwezige tekorten in de academische hartcentra, zoals de capaciteit van de centra, de nog niet gerealiseerde kostendekkende vergoeding en de nog krappe investeringsruimte ten behoeve van de hartchirurgie.
7. Begin 1974 vindt een bespreking plaats tussen vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie en die van Cardiologie met de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De staatssecretaris deelt tijdens dit overleg mee, dat de ziekenfondsen bereid zijn gevonden de 'kostprijs' voor een hartoperatie, gefixeerd op 20.000 gulden per operatie, ook aan de academische ziekenhuizen te betalen, mits dit geld niet in het onderwijs 'verdwijnt' en dat de bestemming van deze gelden voor het ziekenfonds zichtbaar blijft. De staatssecretaris is hiermee

accord. Door middel van een schrijven van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie wordt aan de, in de academische ziekenhuizen werkzame, thoraxchirurgen verzocht de beslissing van de staatssecretaris door te geven aan de 'eigen' directie, aangevuld met de suggestie, dat vervolgens van directiezijde bij het Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsorganisaties deze vergoeding ter sprake kan worden gebracht.

8. Ongeveer tegelijkertijd hebben de in voorbeeld 7 genoemde vertegenwoordigers aan enkele leden van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid voor de Tweede Kamer een toelichting gegeven op het rapport van de Gezondheidsraad van oktober 1973, opgesteld door de Commissie Haex, zie paragraaf 6.6. Dit bezoek is door de verschillende, in voorbeeld 7 genoemde, verenigingen in december 1973 aangevraagd, met de bedoeling de besluitvorming inzake onderhavig advies te bespoedigen.

Niet alleen worden door medische specialisten activiteiten ondernomen, die zijn gericht op de bevordering van de besluitvorming overeenkomstig de gewenste doelstelling. Ook andere groeperingen trachten individueel dan wel collectief de besluitvorming te beïnvloeden. In de volgende paragraaf wijden wij ons aan het optreden van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, als representant van de hartpatiënten c.q. de consumenten.

### 8.3 De invloed van de consument

De invloed van de consument en potentiële consument op de totstandkoming van het beleid inzake de bestrijding van de hart- en vaatziekten wordt gekanaliseerd via de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging. Deze Vereniging telt circa 45.000 leden en is op 28 oktober 1970 opgericht. "Het doel van de Vereniging is het verlenen van steun in de meest uitgebreide zin van het woord aan alle zich in Nederland bevindende lijders aan Hart- en Vaatziekten, alsmede het verenigen van deze patiënten en van allen, die de ernst van deze ziekte onderkennen, ongeacht hun maatschappelijke status, politieke instelling of geloof", (5).

De Vereniging heeft aan zijn doelstelling inhoud gegeven door uitoefenen van een zekere pressie op de verantwoordelijke staatssecretaris(sen), leden van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid, andere betrokken commissies en ziekenhuizen.

De instrumenten waarvan de vereniging zich heeft bediend zijn:

- de bezetting van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, op 2 april 1974, (6);
- demonstraties, onder meer voor een ziekenhuis in verband met het ontslag van een cardiochirurg;
- besprekingen en acties, die hebben geresulteerd in de totstandkoming van de zogenaamde 'hartluchtbruggen';
- het ontwerpen en indienen van plannen voor een eigen hartcentrum.

De vereniging heeft menigmaal overleg gevoerd met het Ministerie van Volksgezondheid over voorstellen voor nieuwe hartcentra in Den Bosch, Breda en in een nog nader te benoemen locatie.

Overleg is gevoerd met de Staatssecretarissen van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Gezondheidsraad, de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland, de Begeleidingscommissie Hartchirurgie van de Academische Ziekenhuizen, de Contactcommissie Ziektekostenverzekeraars Hartchirurgie en een aantal ambtelijke functionarissen van de genoemde departementen, op 19 augustus 1977, waarin aan de orde is geweest:

- de toename van de politieke druk op het Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;
- het toegenomen routine-matige karakter van de cardio-coronaire bypass operaties, welke aanleiding vormt om ook uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit in grote niet-academische ziekenhuizen of afdelingen/klinieken, die daar 'tegenaan leunen' te realiseren;
- de mogelijkheden te onderzoeken en maatregelen te treffen, die leiden tot efficiëncy verbetering;
- de indicatiestelling voor de cardio-coronaire operatie. De mening van de medische professie is, dat een operatie niet mag worden onthouden nu de mogelijkheden daartoe aanwezig zijn;
- de toename van de problematiek van de 'luchtbrug'. Het aantal patiënten, dat via de luchtbrug in het buitenland wordt geopereerd neemt nog steeds toe;
- de coördinatie en de communicatie tussen de verschillende 'partijen' kan verlopen via het Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Eén der 'partijen' merkt op dat de problemen moeten worden besproken waar zij 'thuis horen'.

Op andere data is overleg gevoerd met leden van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid. Een enkele keer heeft dit overleg plaatsgevonden tezamen met vertegenwoordigers van de Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, (7).



#### 8.4 De invloed van de volksvertegenwoordigers

Op verschillende manieren probeert de volksvertegenwoordiging de beleid- en besluitvorming van de regering te beïnvloeden. In het kader van de problematiek van de bestrijding van de hart- en vaatziekten zijn voornamelijk twee methoden van beïnvloeding waargenomen.

De eerste is die van het mondelinge overleg via de vaste commissie voor de Volksgezondheid met de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Een dergelijk overleg vindt altijd plaats op initiatief van de Vaste Commissie en kan door de bewindsman niet worden geweigerd, tenzij zwaarwichtige redenen aanwezig zijn. Er is veelvuldig overleg gevoerd tussen de vaste commissie en de staatssecretaris(sen).

De tweede methode van beïnvloeding verloopt door middel van het stellen van vragen door individuele parlementariërs in de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. In het algemeen is het stellen van vragen sterk afhankelijk van de persoonlijke interesse en betrokkenheid bij het onderwerp, in de vragen tot uitdrukking komend. Bovendien is mede in het geding de (persoonlijke) politieke winst.

Een viertal voorbeelden mogen ter illustratie dienen:

1. De stopzetting van de open hartchirurgie in een tweetal ziekenhuizen is verschillende keren aanleiding geweest tot het stellen van vragen door één of enkele parlementariërs. In beide ziekenhuizen is na circa zes tot acht jaar de hartchirurgie hervat, (8).
2. Leden van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid pleiten voor de instelling van een permanente coördinatiecommissie voor de hartchirurgie ter begeleiding en afronding van de voorgestelde fase 1 en voorbereiding van fase 2, genoemd in het Interim-advies van de 'tweede' Commissie Nieveen, zie paragraaf 6.4. De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zal advies vragen aan de voorzitter van de Gezondheidsraad, (9). De instelling van de Begeleidings Commissie Hartchirurgie Nederland is het uiteindelijke resultaat.
3. Aan de totstandkoming van een afzonderlijk tarief voor de open hartchirurgie zijn verschillende vraagstellingen door kamerleden voorafgegaan, (10).

4. Leden van de Eerste en Tweede Kamer vragen de staatssecretaris naar de open hartchirurgische capaciteit in Nederland en hoe hij denkt deze op te voeren, (11).

De informatietoelevering geschiedt vanuit verschillende, voornamelijk bij het onderzoek en behandelingsproces van de hartchirurgische patiënten betrokkenen, zoals onder meer cardiologen, cardiochirurgen en de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging. De politieke fractie vormt zijn mening aan de hand van visies van deskundigen, die de betrokken politieke greepering desgevraagd of eventueel ongegevraagd adviseren.

De invloed van de volksvertegenwoordigers op het beleid- en besluitvormingsproces naar aard en omvang, is door ons slechts indicatief weergegeven.

### 8.5 Conclusie

Met behulp van een aantal voorbeelden is getracht de wijze van beïnvloeding van het beleid- en besluitvormingsproces te expliciteren. De feitelijke beleidsvorming vertoont kenmerken van verschillende, waaronder harde, pressiemethoden, waarbij het doel de middelen lijkt te heiligen.

Afwijkend van de formele processen verlopen de feitelijke niet langs de hiërarchieke wegen. Voorbeeld zeven van paragraaf 8.2 toont dit beeld zeer evident. Het optreden van een consumentenorganisatie als de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging is in de loop van zijn bestaan minder emotioneel geworden ten gunste van een meer redelijke opstelling, waarin overleg de boventoon voert en harde agressieve acties tot het verleden lijken te behoren.

De pressie uitgeoefend door het uitvoerende niveau en de Hartpatiëntenvereniging heeft voornamelijk ten doel de klinische capaciteit voor onderzoek en behandeling van hartpatiënten te vergroten. Deze toch wat eenzijdige benadering wordt door de volksvertegenwoordiging nauwelijks of te weinig doorbroken.

In dit krachtenveld staat het mesoniveau feitelijk geheel buiten spel.

## Noten hoofdstuk 8

1. Meyler, F.L. : Coronaria-chirurgie in Nederland; Ned. T. voor Geneeskunde, jrg. 120, nr. 35, 1976, p. 1500-1502.
2. Hartbrug, officieel kwartaalblad van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, 1e jrg., no. 3, augustus 1978, p. 16.
3. Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten : Besluit van het Centraal College no. 1-1973, d.d. 15 januari 1973, artikel 1.
4. Nederlandse Staatscourant, nr. 237, 5 december 1978, p. 4.
5. Hartbrug, augustus 1978 : t.a.p., p. 16.
6. Datum is verstrekt door het bestuur van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging.
7. Convocatie gericht aan de leden en plaatsvervangende leden van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid, d.d. 17 augustus 1977.
8. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975, Aangangsel, p. 40, 647 en 911.
9. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1974-1975 - 12.261, nr. 2; d.d. 26 juni 1975.
10. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1973-1974, Handelingen, vergaderdata 30 en 31 januari 1974, p. 2120, 2129, 2211;  
Idem, zitting 1975-1976, Aangangsel, vraagnr. 1077;  
Idem, zitting 1976-1977, Aangangsel, vraagnr. 1163.
11. Eerste Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977, Handelingen, p. 499/501, 547/548.  
Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1976-1977, Aangangsel, vraagnr. 474.

## 9. DE BELEIDS- EN BESLUITVORMING ALS RESULTAAT VAN 'EXPERT-OPINION'-ANALYSE

## 9.1 Inleiding

Onderdeel van onze analyse is geweest een opiniepeiling onder cardiologen, cardiochirurgen en andere medische specialisten, directeuren en staffunctionarissen van ziekenhuizen, waarin hartcentra zijn gevestigd en leden van de Tweede Kamer, ex-staatssecretarissen en adviseurs ten behoeve van de beleidsvorming op landelijk niveau.

De door ons geïnterviewden, die zijn belast met diagnostiek en behandeling van patiënten, rekenen wij tot het microniveau. Staffunctionarissen en directeuren van de ziekenhuizen beschouwen wij als functionarissen van het mesoniveau. De overige functionarissen, die direct zijn betrokken bij de beleids- en besluitvorming op landelijk niveau, zien wij als te behoren tot het macroniveau (zie ook paragraaf 4.2).

De verdeling van het aantal respondenten over de verschillende organisatieniveaus is weergegeven in tabel 9.1.

organisatieniveau (1)	aantal respondenten (2)
micro	18
meso	11
macro	12

Tabel 9.1 : De verdeling van de respondenten over de onderscheiden organisatieniveaus

De keuze van de respondenten is tot stand gekomen volgens het systeem van de 'sneeuwbal-steekproef'. Gestart bij enkele deskundigen, die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van het advies van de 'eerste' Commissie Nieveen, (1), is steeds gevraagd wie in de opiniepeiling zou kunnen worden betrokken. Zo is tenslotte het aantal respondenten beperkt gebleven tot 41.

Ten behoeve van een systematische opbouw van de interviews en een logische ordening van de antwoorden, is een aantal vragen geformuleerd. De structuur van het interview is opgezet overeenkomstig de fasen van de beleidsvorming, namelijk:

- de probleemherkenning;
- de probleemformulering;
- nagaan de mogelijkheden voor probleemoplossing;
- de keuze van de oplossing.

Aan de hand van de vragen is geprobeerd nader inzicht te verkrijgen in:

- de kwaliteit van de beleidsvoorbereiding;
- de structuur van de besluitvorming op de verschillende organisatieniveaus, in termen van wie nemen feitelijk beslissingen.

## 9.2 Probleemherkenning

De eerste fase van de beleidsvorming betreft de herkenning van het probleem. In hoofdstuk 6 hebben wij aangetoond, dat de hart- en vaatziekten kwantitatief gezien sedert decennia de voornaamste doodsoorzaken zijn (zie tabel 6.2.1, blz. 46). De opkomst van de medische techniek en de voortgaande ontwikkeling in de medische kennis en kunde hebben de mogelijkheden tot bestrijding van de hart- en vaatziekten langs curatieve weg verbeterd. De bestrijding van de hart- en vaatziekten is door alle respondenten aangemerkt als een belangrijk probleem, dat alle aandacht naar zich toe trekt. Centraal staat daarin de bestrijding via de open hartchirurgische ingreep. De redenen voor de belangstelling zijn volgens de respondenten de volgende:

- de grote vraag naar hartchirurgische behandeling overtreft de beschikbare operatiecapaciteit in Nederland. Dit heeft geleid tot het ontstaan van wachtlijsten met te opereren patiënten;
- het groeiende verschil tussen vraag naar en aanbod van operatiemogelijkheden tezamen met het besef van de verminderde levenskansen van de hartpatiënten en de grote sterfte onder hen, heeft geleid tot de oprichting van de hartpatiëntenvereniging. Deze vereniging is als pressiemiddel gaan optreden naar ziekenhuizen, regering en parlement toe, teneinde maatregelen af te dwingen, die behandeling mogelijk maken;

- op nationaal niveau is de problematiek van het capaciteitstekort eerst goed herkend toen de hartpatiëntenvereniging, onder leiding van zijn toenmalige voorzitter Fievet, tot harde pressiemaatregelen overging, zoals:
  - . het bezetten van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, de dato 2 april 1974;
  - . het afdwingen van de mogelijkheid hartpatiënten in het buitenland te laten opereren;
  - . het aanbieden van plannen om te komen tot de bouw en inrichting van een eigen hartcentrum.
- De vereniging heeft zich hoogst ontevreden getoond met het tempo waarin door de Gezondheidsraad geadviseerde maatregelen door de verantwoordelijke bewindslieden ten uitvoer zijn gebracht;
- het schaarsteprobleem heeft nog een extra dimensie gekregen toen twee hartcentra, te weten dat van het Academisch Ziekenhuis Utrecht en het Catharina-ziekenhuis te Eindhoven, wegens vertrek van hun hartchirurgen, de hartchirurgische capaciteit tot nul zagen reduceren;
- de groeiende vraag naar hartchirurgische verrichtingen en de onmogelijkheid aan deze vraag te voldoen heeft geleid van de zijde van de cardiologen en cardiopulmonale chirurgen tot het induceren van maatregelen gericht op het overbruggen van het capaciteitstekort in de eigen instelling en buiten deze om naar het macroniveau toe;
- de open hartoperatie komt bij het publiek over als een direct en pasklaar antwoord op een lichamelijk defect. Reden waarom het publiek, via belangenverenigingen, zal blijven aandringen op het beschikbaar komen van voldoende hartchirurgische capaciteit. Daarbij is opgemerkt, dat hartziekte, meer dan andere ziekten, een sterk emotioneel gebeuren is, dat de aandacht op zich vestigt;
- voor de cardiopulmonale chirurg is het 'glamour'-effect, dat van zijn werk uitstraalt, in het geding. Hij zal zeker niet nalaten te wijzen op de noodzaak van voldoende cardiochirurgische capaciteit.

Op grond van de aangegeven redenen is het verklaarbaar dat als probleem nog slechts wordt herkend de bestrijding van de hart- en vaatziekten langs chirurgische weg. Andere bestrijdingsmaatregelen zijn nauwelijks meer aan de orde.

### 9.3 Probleemformulering

Het feit dat belangengroepen zich zijn gaan manifesteren heeft als consequentie gehad, dat het beleid is omgebogen van een per-individueel-ziekenhuis-gericht-zijn tot een landelijk beleid. De nationale overheid heeft de taak op-

gedrongen gekregen een landelijke aanpassing van de hartchirurgische capaciteit te bevorderen. Omtrent de omvang en de wijze van aanpassing is de regering c.q. zijn de verantwoordelijke bewindslieden geadviseerd door met name de Gezondheidsraad. Voor het opstellen van de adviezen zijn verschillende commissies binnen de Gezondheidsraad verantwoordelijk geweest.

Desgevraagd menen 18 respondenten dat de samenstelling van de verschillende commissies juist is geweest, terwijl 16 vinden dat

- de epidemiologische component in onvoldoende mate aanwezig is geweest;
- er onvoldoende inbreng van de zijde van de cardiopulmonale chirurgen is, terwijl zij niettemin in commissies participeerden;
- een groot aantal commissies de 'know-how' omtrent de bedrijfskundige, financiële en organisatorische benaderingswijze van de capaciteitsproblemen heeft ontbeerd, evenals de bestuurlijke component;
- de huisarts in de commissies ten onrechte niet aanwezig is geweest;
- de hartpatiëntenvereniging heeft moeten deelnemen in één of meer commissies, ofschoon zij inzake de problematiek zijn gehoord.

De verdeling van respondenten uit de drie categoriën reacties is gespecificeerd weergegeven in tabel 9.2.

<div> <div>categorie</div> <div>organisatie-niveau</div> </div>	<div> <div>accoord</div> <div>(2)</div> </div>	<div> <div>aanvulling</div> <div>(3)</div> </div>	<div> <div>weet niet/ geen mening</div> <div>(4)</div> </div>	<div> <div>n</div> <div>(5)</div> </div>
micro	11	7	-	18
meso	4	4	3	11
macro	3	5	4	12
Totaal	18	16	7	41

Tabel 9.2 : Verdeling van de reacties van respondenten over de samenstelling van de betrokken commissies van de Gezondheidsraad

Uit tabel 9.2 blijkt tenslotte dat negen respondenten van het macroniveau omtrent de samenstelling van de commissies van de Gezondheidsraad een aanvulling wensen of geen mening hebben.

De wisselwerking tussen de opeenvolgende bewindslieden van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Gezondheidsraad met betrekking tot het aanvragen en verstrekken van adviezen, toont een toenemende beperking in de probleemformulering. Het interim-advies (2) en de navolgende adviezen (3) spreken zich nog slechts uit over de omvang van het aantal te opereren hartpatiënten en de wijze van aanpassing van de hartchirurgische capaciteit.

De prognoses van de Gezondheidsraad omtrent de te verrichten aantallen hartoperaties blijken in de tijd te variëren. Dit is te verklaren door de toegenomen kennis terzake gedurende de beschouwde periode.

Het jongste advies van de Gezondheidsraad (4) betreft een capaciteit van 5000 - 6000 open hartoperaties per jaar te realiseren tegen 1980. Ten aanzien van deze specifieke prognose bestaan onder de respondenten afwijkende visies die in drie categorieën zijn in te delen:

1. respondenten menen dat de prognose onjuist is, deze visie is te splitsen in twee groepen, namelijk:
  - 1.1 zij die menen dat het getal te hoog is;
  - 1.2 zij die menen dat het getal te laag is;
2. respondenten hebben geen oordeel over het aantal open hartoperaties;
3. respondenten achten de prognose betrouwbaar.

De verdeling van de reacties over de onderscheiden organisatieniveaus is te zien in tabel 9.3.

categorie organisatie- niveau (1)	onjuist		geen oordeel	betrouwbaar	n
	te hoog	te laag			
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
micro	11	1	1	5	18
meso	1	-	7	3	11
macro	5	1	3	3	12
Totaal	17	2	11	11	41

Tabel 9.3 : Verdeling van de meningen omtrent de prognose van  
5000 - 6000 te verrichten open hartoperaties per jaar, anno 1980



De verdeling van de meningen in tabel 9.3 houdt verband met de verschillende visies omtrent de betrouwbaarheid van de grondslagen die worden gehanteerd bij de prognosevorming. Zo is gepeild:

- . een wantrouwen ten aanzien van de onderbouwing van het cijfermateriaal, onder meer veroorzaakt door de onmogelijkheid c.q. ontoegankelijkheid van de kwantitatieve en kwalitatieve informatie, die ten grondslag ligt aan de uiteindelijke prognoses;
- . de mening dat er onvoldoende kennis bestaat over de omvang van de 'incidence', te verklaren uit het gebrek aan epidemiologische informatie en een wantrouwen omtrent de betrouwbaarheid van de Amerikaanse gegevens terzake;
- . een relatief nog geringe herkenbaarheid van het hartinfarct; een mening gebaseerd op de schoksgewijze toename van het aantal patiënten als gevolg van praktijkovernemingen door jongere huisartsen en cardiologen en uitbreiding van het aantal cardiologen per onderzoekcentrum; vergroting van de herkenbaarheid zal onmiskenbare beïnvloeding hebben op de omvang van het aantal te onderzoeken en te behandelen patiënten;
- . evidente verschillen in opvatting over de indicatiestelling, die grondslag is voor de beslissing over te gaan tot een open hartoperatie. Deze verschillen hebben betrekking op de relatieve ernst van de afwijking die coronairchirurgie noodzakelijk maakt en de leeftijdsgrens van de patiënt, welke een rol speelt bij de beslissing over te gaan tot coronairangiografie en operatie. De verwachting is uitgesproken dat de indicatiestelling, die beslissend is voor een open hartoperatie, zal evolueren naar uniformiteit tussen de verschillende hartcentra;
- . dat de jongste prognose van 5000 - 6000 open hartoperaties te hoog wordt geschat indien uitsluitend rekening is gehouden met chronisch coronairlijden. Het aantal ligt echter te laag wanneer rekening zou zijn gehouden met de acute hartchirurgie, dat wil zeggen de operaties te verrichten binnen 24 uur. Van de circa 20.000 mensen, die jaarlijks overlijden ten gevolge van een hartziekte overlijdt 70 procent voor opname in het ziekenhuis. Anderszins wordt gesteld dat het aantal te hoog is wanneer men meent dat deze patiënten noodzakelijk moeten worden geopereerd, omdat ze anders wellicht zullen overlijden. De conventionele therapie biedt in veel gevallen nog adequate uitkomst;
- . dat de mededeling van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland, gedaan ultimo november 1978, inzake het korter worden en het hier en daar geheel verdwijnen van wachtlijsten van te opereren patiënten, voor de categorie respondenten uit kolom 2 van tabel 9.3, aanleiding is geweest om vraagtekens te zetten bij de jongste prognose van de Gezondheidsraad, te weten 5000 - 6000 open hartoperaties per 1980. Naar aanleiding hiervan is de vraag gesteld hoe lang de wachtlijsten hadden moeten zijn indien inder-

daad 5000 - 6000 operaties nodig zouden zijn. De indruk bestaat niet dat de wachtlijsten zijn gegroeid na de mededeling.

De in kolom 4 van tabel 9.3 genoemde categorie respondenten heeft geen oordeel over de omvang van de operabele hartpatiënten. Wel zijn zij geschrokken van het hoge aantal, zeker wanneer dit wordt vergeleken met enkele andere landen, zoals is weergegeven in tabel 9.4, (5).

landen	open hartoperaties	totaal aantal open hartoperaties		aantal coronaire bypass operaties	
		absoluut	per mln inwoners	absoluut	per mln inwoners
Nederland (1975)		1659	121	632	46
West-Duitsland (1975)		5500	90	900	15
Engeland en Wales (1974/75)		6000	110	-	35
Zweden (1974)		685	85	-	10
Verenigde Staten		-	-	50.000	235

Tabel 9.4 : Ramingen van het aantal open hartoperaties in een vijftal landen \*

Tot slot meent de laatste categorie uit tabel 9.3, kolom 5, dat de prognoses naar kwaliteit en kwantiteit betrouwbaar zijn. Er is weinig reden om aan te nemen dat de mortaliteit proportioneel afwijkend is van de morbiditeit, met andere woorden, de van de mortaliteits-statistiek afgeleide prognose is een juiste prognose. Deze categorie respondenten meent dat de Amerikaanse schattingen betrouwbaar zijn en dat het Nederlandse profiel inzake cardio-coronairlijden overeenkomt met het Amerikaanse, op grond van de sterfte-statistieken. Daarom meent deze categorie dat het geoorloofd is de Amerikaanse schattingen te hanteren ten behoeve van de Nederlandse.

\*Schema overgenomen uit de aanbiedingsbrief van het "interim-advies behoeftes-raming Coronaire hartchirurgie", van de Gezondheidsraad aan de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dd. 23 augustus 1976.

#### 9.4 Alternatieve oplossingsmogelijkheden

De Gezondheidsraad heeft in de verschillende relevante adviezen een aantal maatregelen aanbevolen om te komen tot de gewenste aanpassing van het aanbod van cardiochirurgische capaciteit aan de verwachte vraag naar deze capaciteit. Enkele van deze maatregelen keren herhaaldelijk terug in verschillende overlegsituaties, zoals bijvoorbeeld:

- 9.4.1 vergroting van de capaciteit via uitbreiding van de bestaande hartcentra, in een later stadium gevolgd door uitbreiding met nieuwe centra;
- 9.4.2 "erkenning van het specialisme Hart-Longchirurgie en/of Hart-Vaatchirurgie, teneinde te komen tot een reservoir van deskundig opgeleid chirurgisch personeel", (6);
- 9.4.3 het realiseren van een apart tarief voor de hartchirurgie.

Ad 9.4.1 Maatregelen, die zullen leiden tot uitbreiding van de bestaande hartcentra en in een later stadium uitbreiding met nieuwe centra, worden verschillend gewaardeerd.

Er zijn twee tegenover elkaar staande meningen met aan de ene zijde de voorstanders van grote spreiding van de centra en aan de andere zijde meer concentratie van de hartchirurgische verrichtingen in enkele grote centra. Voorstanders van een grote spreiding menen dat alle bestaande hartcentra dienen te worden aangepast aan de gewenste capaciteit. Bovendien zien zij mogelijkheden tot inschakeling van nog een enkel algemeen ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld te Zwolle en te 's-Hertogenbosch. Deze groep verwacht niets van inschakeling van categorale instellingen als De Klokkenberg te Breda en Zonnestraat te Hilversum. Zij huldigt het standpunt dat de hartchirurgie moet kunnen steunen op een brede onderbouw van verschillende medische-, verpleegkundige en ondersteunende diensten. De hartchirurgie dient te zijn ingebed in een infrastructuur, gekenmerkt door een groot aantal hoog gekwalificeerde voorzieningen in personele- en materiële betekenis, onderlinge vertrouwensrelaties en goede samenwerkingsverbanden. Het gebrek aan onderbouw en infrastructuur, welke beide door andere instellingen moeten worden geleverd, doet deze groep vraagtekens zetten bij de keuze van De Klokkenberg en Zonnestraat. Dezelfde groep meent dat de bestaande hartcentra in de academische ziekenhuizen moeten worden uitgebreid tot een capaciteit van 500 of meer open hartoperaties, omdat op die wijze kan worden geprofiteerd van de 'economies of scale'. De nadruk ligt hierbij op het realiseren van maximale efficiëntie en effectiviteit per instelling. Ook meent men de produktiviteit binnen de hartcentra in de niet-academische algemene zie-

kenhuizen te kunnen opvoeren, met name door verhoging van die efficiëncy.

Voorstanders van een (grote) concentratie van de hartchirurgische verrichtingen in enkele centra zijn het oneens met de aan de academische ziekenhuizen opgedragen uitbreiding van hartoperaties, gezien de overige taken die door deze ziekenhuizen al moeten worden verricht. Een maximum van 250 operaties per jaar wordt als limiet beschouwd, opdat voldoende ruimte overblijft voor de opleiding van deskundig personeel en onderzoek gericht op verdieping van het vak en verbetering van de techniek terwijl de handvaardigheid blijft behouden. De routinematige verworvenheden moeten worden afgestoten naar de niet-academische ziekenhuizen. Men vraagt zich zelfs af of elk academisch ziekenhuis wel een hartcentrum dient te hebben. Deze vraag zal moeten worden verantwoord in een veel bredere discussie gericht op de taakverdeling van de ziekenhuizen en andere instellingen van gezondheidszorg binnen Nederland.

Tenslotte zijn er nog enkele respondenten die de voortvarendheid, waarmee besturen van enkele algemene ziekenhuizen hun ziekenhuis als potentieel hartcentrum presente(e)r(d)en, aanmerken als een zekere lichtzinnigheid. Ziekenhuizen, die bekend zijn met de hartchirurgie ermee stoppen en vervolgens hervatten zijn voorbeelden bij uitstek om aan te tonen dat de organisatorische problematiek verre van eenvoudig is. Het blijkt dat in dergelijke situaties nog altijd twee jaar nodig is, gerekend vanaf het moment van goedkeuring, voordat de eerste open hartoperatie is verricht.

Deze laatste respondenten staan achter de keuze van de beide categorale instellingen als De Klokenberg te Breda en Zonnestraat te Hilversum als nieuw te realiseren hartcentra. Zij betrekken hierbij hun wens de 'luchtbruggen' overbodig te maken, een optimum te realiseren in termen van aantal behandelingen en rendementseisen, met andere woorden eveneens te profiteren van de 'economies of scale'. De vereiste infrastructuur zou daarbij moeten worden geleverd door een drietal academische ziekenhuizen en een algemeen ziekenhuis.

Tabel 9.5 geeft een verdeling van de voorstanders van verschillende visies per organisatieniveau.

<div> <div> <div>categorie</div> <div>organisatie-niveau (1)</div> </div> <div> <div>spreiding over verschillende centra</div> <div>(2)</div> </div> <div> <div>concentratie in enkele centra</div> <div>(3)</div> </div> <div> <div>n</div> <div>(4)</div> </div> </div>			
micro	12	6	18
meso	7	4	11
macro	5	7	12
Totaal	24	17	41

Tabel 9.5 : Verdeling van voorstanders voor spreiding dan wel concentratie van hartchirurgische verrichtingen

Ad 9.4.2 De meningen van de respondenten over het effect van de erkenning van de cardiopulmonale chirurgie als zelfstandig specialisme wijken onderling af. Niet zo direct relevant wordt de erkenning geacht door 9 respondenten, terwijl 78 respondenten een duidelijke relatie met de realisering van de uitbreidingsplannen zien. Deze tweede categorie is in zijn visie enigszins genuanceerd. Van de 28 zijn er 8 die menen dat de erkenning in combinatie met de totstandkoming van een apart tarief voor de open hartoperatie een positief effect zal hebben op de produktiviteit binnen de hartchirurgie. Het belang van de erkenning moet dan vooral worden gezocht in het tegengaan van het verrichten van open hartoperaties door chirurgen, die op dit werkterrein geen of nauwelijks enige ervaring hebben. Dit betekent dat hier zowel de kwaliteit van de zorgverlening als de opleiding in het geding zijn. De overige 20 zien de erkenning als een positieve beïnvloeding van de capaciteits- en produktiviteitsvergroting, in combinatie met verschillende andere factoren, zoals:

- de mogelijkheid een eigen ziekenhuisafdeling op te zetten met daaraan te stellen eisen;
- eigen vergoedingsregelingen;
- eigen en grotere zelfstandigheid. Vóór de erkenning bepaalde de "algemene heekunde" hoe groot de cardiochirurgie moest worden. Na de erkenning kwam dit kwantitatieve aspect meer in eigen hand te liggen;
- beïnvloeding van kwaliteit en kwantiteit per hartcentrum.

De overige respondenten hebben geen mening of hebben zich van een uitspraak onthouden.

Samengevat luiden de meningen over de onderscheiden niveaus in tabel 9.6 gespecificeerd:

<div> <div>categorie</div> <div>organisatie-niveau (1)</div> </div>	geen duidelijke relatie	wel een duidelijke relatie	geen mening	n
	(2)	(3)	(4)	(5)
micro	5	13	-	18
meso	2	9	-	11
macro	2	6	4	12
Totaal	9	28	4	41

Tabel 9.6 : Verdeling van de meningen omtrent het effect van de erkenning van het specialisme cardiopulmonale chirurgie op de operatie-capaciteit

Op de vraag of een voortgaande specialisatie, zich beperkend tot uitsluitend de cardiochirurgie, de hartchirurgische capaciteit zou vergroten zijn de reacties c.q. de beschouwingen in drie categorieën in te delen.

Categorie 1, omvattend 20 respondenten, verwacht geen enkele verdergaande beïnvloeding. Argumenten voor deze mening zijn:

- in het kader van de opleiding tot hartchirurg wordt het werkterrein te beperkt geacht; de techniek moet worden opgebouwd via een diversiteit van operaties met als climax de hartoperatie;
- veel effect wordt gezien in een zogenaamde kruisbevruchting, namelijk de ervaring en toepassing van de verworvenheden op het gebied van de longchirurgie en de thoracale vaatchirurgie;
- een zekere diversiteit in de operaties wordt gewenst geacht ter voorkoming van eentonigheid.

Categorie 2, 16 respondenten, beschouwt een verdergaande specialisatie, zich beperkend tot de hartchirurgie, als een gunstige beïnvloeding van het aantal te verrichten open hartoperaties. Met name wordt gewezen op de toename van de handvaardigheid bij operaties en de grotere kansen tot verdere verdieping van de problematiek.

Categorie 3 heeft geen mening.

De verdeling van de meningen per organisatieniveau is weergegeven in onderstaande tabel 9.7.

<div> <div>categorie</div> <div>organisatie-niveau (1)</div> </div>	geen invloed	wel invloed	geen mening	n
	(2)	(3)	(4)	(5)
micro	13	5	-	18
meso	6	4	1	11
macro	1	7	4	12
Totaal	20	16	5	41

Tabel 9.7 : Verdeling van de meningen omtrent het effect van de erkenning van een specialisme cardiochirurgie op de operatiecapaciteit

Ad 9.4.3 Het realiseren van een apart verrichtingentarief voor de hartchirurgie heeft consequenties voor de totstandkoming van onderzoek- en behandelcapaciteit mits in dit tarief alle kostenbestanddelen zijn opgenomen. Uit de opbrengsten die resulteren uit de hartchirurgische verrichtingen, kunnen investeringen worden gedaan ten behoeve van vervanging van bestaande en/of uitbreiding van nieuwe capaciteit.

De vraag of de tariefering van de hartchirurgische verrichting al dan niet invloed heeft op het aantal hartoperaties is ook weer verschillend beantwoord.

Categorie 1 meent dat er sprake is van een positieve beïnvloeding. Deze categorie telt 30 respondenten. Categorie 2, te weten 8 respondenten, meent dat er geen beïnvloeding is, terwijl de derde categorie, namelijk 3 respondenten, geen mening heeft. In de volgende tabel is een specificatie van de verdeling over de organisatieniveaus gegeven.

<div> <div> categorïe</div> <div>organisatie-niveau (1)</div> </div>	wel invloed	geen invloed	geen mening	n
	(2)	(3)	(4)	(5)
micro	13	5	-	18
meso	9	-	2	11
macro	8	3	1	12
Totaal	30	8	3	41

Tabel 9.8 : Verdeling van de meningen omtrent het effect van de aparte tarifiering op de operatiecapaciteit

De positieve beïnvloeding geldt vooral voor de academische ziekenhuizen, waarin open hartoperaties worden verricht. Een apart tarief vergroot de bestedingsvrijheid respectievelijk de investeringsmogelijkheid. Hierbij is opgemerkt dat gezien de hoogte van het tarief, namelijk f 25.000,00 (7), nog weinig ruimte wordt geboden de benodigde investeringen te realiseren.

Mogelijke maatregelen ter bestrijding van de hart- en vaatziekten kunnen ook worden gezocht op het gebied van de preventie, vroegdiagnostiek en curatieve zorg, anders dan operatiefaciliteiten. Te beginnen met de laatste vorm van zorgverlening is de gedachte uitgegaan naar de zogenaamde 'dottertechniek'. Dit is een techniek gericht op het oprekken van hartvaten (8) en wederom actueel geworden in Zwitserland (9). Hoewel deze behandelingsmethode nog in het exploratiestadium verkeert, is het denkbaar dat bij een eventuele succesvolle implementatie een welkome behandelingsmethode is toegevoegd aan de bestaande conservatieve en agressieve behandelingsmethoden. Toepassing van de 'dottertechniek' zou dan wellicht een deel van de te realiseren operatiecapaciteit overbodig maken. Gevraagd naar de mening van de respondenten over toepassingskansen op grote schaal, verwachten 12 respondenten van het micro-niveau dat deze behandelingsmethode slechts voor een zeer geselecteerde groep patiënten in aanmerking kan komen. De overige respondenten van het microniveau verwachten er geen oplossing van, maar vinden een definitieve uitspraak nog praematuur. Niemand verwacht dat deze methode een substituut zal kunnen vormen voor de operatieve ingreep. Respondenten van het meso- en macroniveau hebben zich van een oordeel onthouden.



Maatregelen met betrekking tot het voorkomen van hart- en vaatziekten zowel als die welke zijn gericht op het vroegtijdig opsporen van risicofactoren, worden door slechts enkele respondenten aan de orde gesteld. Zij menen dat te weinig de intensivering en uitbreiding van de preventie en vroegdiagnostiek is overwogen. Budgetten worden hiervoor onvoldoende ter beschikking gesteld. Het bezwaar van deze groep respondenten, die voornamelijk op het macroniveau zijn terug te vinden, is gericht op het feit dat cardiologen, cardiochirurgen, hartpatiëntenverenigingen (10), hun aandacht te eenzijdig hebben gericht op uitbreiding van hartchirurgische faciliteiten. Deze groep respondenten pleit voor maatregelen van preventieve en vroegdiagnostische aard, om twee redenen:

- verwacht wordt, dat minder hart- en vaatpatiënten zullen worden aangeboden aan de curatieve klinische zorgverlening;
- verwacht wordt, dat op den duur deze maatregelen goedkoper zullen zijn dan die welke verband houden met het creëren en exploiteren van operatiefaciliteiten.

Tenslotte meent een aantal respondenten van het macroniveau dat via een beperking van het aantal medische specialisten op cardiologisch en cardiochirurgisch gebied een rem op de vraag naar hartchirurgische behandelcapaciteit te weeg kan worden gebracht. Deze mening is gebaseerd op de alom heersende opvatting dat in de gezondheidszorg het aanbod van voorzieningen de vraag naar deze voorzieningen oproept.

#### 9.5 De gekozen oplossing

De gekozen maatregelen ter bestrijding van de hart- en vaatziekten houden overwegend verband met de aanpassing van de cardiochirurgische capaciteit. De gekozen oplossing is vooral onder politieke druk tot stand gekomen, zo meent een aantal respondenten van de verschillende organisatieniveaus. Een politieke druk voornamelijk veroorzaakt door het optreden van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging en een aantal cardiologen, cardiochirurgen en andere functionarissen van het microniveau.

De keuze van de uitbreiding van de operatiecapaciteit in de bestaande centra roept bij enige respondenten, verdeeld over de drie niveaus, vraagtekens op. Zij vragen zich af of het juist is geweest dat de 'academische hartcentra' eerst moesten worden uitgebouwd en of het beter ware geweest te besluiten de onderzoek- en behandelcapaciteit direct te concentreren in enkele centra in Nederland. Temeer daar enkele academische ziekenhuizen zich op het standpunt

hebben gesteld, in verband met hun onderwijsfunctie niet meer dan 250 open hartoperaties te verrichten. De goedkeuring, die is verstrekt aan categorale instellingen om hartchirurgie te gaan bedrijven, wordt door een aantal respondenten als onjuist gekwalificeerd vanwege het ontbreken van de onderbouw van voorzieningen.

Drie respondenten van het mesoniveau menen dat de initiatieven tot uitbreiding op meso- en microniveau tezamen hun oorsprong vinden. Terwijl 'het macroniveau' zich van een meningsuiting onthoudt, wijst het oordeel van 26 respondenten het microniveau aan als de basis waaruit de initiatieven zijn voortgekomen.

Zes respondenten van het macroniveau en één van het microniveau betreuren het dat de preventie en vroegdiagnostiek niet in gelijke mate als potentiële bestrijdingsmaatregelen in aanmerking zijn gekomen.

De erkenning van de cardiopulmonale chirurgie is voor drie respondenten aanleiding geweest de bezorgdheid uit te spreken over de toenemende specialisatietendens binnen de geneeskunde. Twee redenen liggen hieraan ten grondslag, namelijk enerzijds een toenemende versmalling van het kennisgebied in combinatie met een sterke verdieping en anderzijds het gegeven dat erkenning leidt tot tariefonderhandelingen over weer een groep specifieke verrichtingen. Het indienen van aanvragen voor eigen specifieke personele-, materiële- en ruimtelijke middelen leidt tot kostenverhoging in de gezondheidszorg.

De totstandkoming van een apart tarief voor de open hartoperatie is in het algemeen unaniem toegejuicht, omdat hierdoor de mogelijkheid is verkregen investeringen te doen zonder dat bij andere afdelingen in het ziekenhuis de schijn wordt gewekt dat zij worden misdeeld.

## 9.6 Terugkoppeling

De eerder gesignaleerde uitingen van geboden voorzichtigheid ten aanzien van een te realiseren capaciteit ten behoeve van 5000 - 6000 open hartoperaties per jaar, is mede gebaseerd op het bericht van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland van ultimo november 1978, waarin bekend is gemaakt dat de wachtlijsten van te opereren patiënten hier en daar korter zijn geworden en in enkele centra zelfs geheel zijn verdwenen.

De consequenties die door respondenten aan dit bericht zijn verbonden, wijzen in de richting van

- het bereiken van een zekere stabilisatie tussen vraag en aanbod van diensten;
- de noodzaak tot vermindering c.q. stopzetten van de luchtbruggen;
- de noodzaak tot herbezinning op de toekomstige capaciteit;
- wenselijkheid van betere verdeling van de te opereren patiënten over de verschillende hartcentra;
- de wenselijkheid van nagaan of kwalitatieve verschillen wellicht de ongelijke verdeling kunnen verklaren.

De mededeling van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland dwingt derhalve tot een nadere bezinning over de bezetting van de huidige en toekomstige hartchirurgische capaciteit.

Op de vraag of men meent dat het aanbod van te opereren hartpatiënten voldoende zal blijven om de beschikbare chirurgische capaciteit blijvend ten volle te benutten heeft men als volgt gereageerd.

Slechts één respondent meent dat de capaciteit per ultimo 1978 toereikend is om aan de gehele vraag blijvend te voldoen. Als normaal aanbod van patiënten is genoemd het aantal in 1978 geopereerde patiënten zowel in Nederland als via de 'luchtbruggen'. Twintig respondenten noemen 4500 open hartoperaties als 'normaal aanbod' en menen dat de capaciteit in de academische en niet-academische algemene hartcentra dit nu en in de toekomst kunnen verwerken. Het inschakelen van nieuwe categorale instellingen achten zij onnodig. Aan nemende dat 5000 - 6000 open hartoperaties als normaal aanbod mag gelden dan achten 14 respondenten de daarvoor gevraagde capaciteit als blijvend ten volle benut. De overigen kunnen nog onvoldoende overzien wat zich als normaal aanbod per jaar gaat manifesteren en dus ook niet wat de daarvoor vereiste capaciteit zal moeten zijn. Samengevat luidt de verdeling van de reacties over de onderscheiden organisatieniveaus als volgt:

<div> <div> <div>categorie</div> <div>organisatie-niveau (1)</div> </div> </div>	aantal open hartoperaties				n (6)
	anno 1978 4000 (2)	4500 (3)	5000 - 6000 (4)	nog niet te overzien (5)	
micro	1	10	5	2	18
meso	-	5	3	3	11
macro	-	5	6	1	12
Totaal	1	20	14	6	41

Tabel 9.9 : Verdeling van de opinies van respondenten ten aanzien van de  
verwachte vraag naar hartchirurgische capaciteit

Veel respondenten hebben het merkwaardig gevonden dat het korter worden van de wachtlijsten van te opereren patiënten niet heeft geleid tot het verminderen van het aantal patiënten dat via luchtbruggen in het buitenland wordt geopereerd.

Enerzijds betekent dit fenomeen een mogelijk spreidingsprobleem, anderzijds is meermalen de suggestie gedaan dat hier mogelijk een kwaliteitsaspect in het geding is, wellicht ten voordele van de 'luchtbrug'.

De door de Gezondheidsraad voorgestelde oplossingen ter overbrugging van het capaciteitstekort worden niet allerwegen onderschreven. Behalve de eerder gesignaleerde verschillende opvattingen die bestaan met betrekking tot de spreiding maakt men veelvuldig de waarschuwende opmerking dat voorzichtigheid is geboden voornamelijk naar aanleiding van de door de Gezondheidsraad ten behoeve van de prognosevorming gekozen grondslagen. Nochtans bestaat de indruk onder alle respondenten dat de waarde van de adviezen voor de beleids- en besluitvorming op nationaal niveau hoog is. Het is niet geheel duidelijk waarop deze indruk is gebaseerd, omdat de respondenten desgevraagd de reacties op de adviezen van verschillende betrokkenen als volgt omschrijven:

- de centrale overheid: traag, wispelturig, onberekenbaar en ondoorzichtig, onder meer veroorzaakt door de verschillen in de adviezen van deskundigen, waardoor een rationele keuze onmogelijk is gemaakt en de noodzaak van een politieke keuze is ontstaan;
- de Nederlandse Vereniging van Cardiologie en die van Cardiopulmonale chirurgie: traag, zwak en slechts gericht op het eigen belang hebben zij zich zon-

der meer achter de adviezen geschaard;

- de respondent betreffende het eigen academische ziekenhuis: afwachtend en om de 'hete brij' heenlopend. Van de overige betrokken ziekenhuizen heeft een enkele gebruik gemaakt van de adviezen, andere in het geheel niet;
- de hartpatiëntenvereniging: offensief en beklemtonend dat een advies alleen nog geen capaciteit creëert.

In het algemeen vinden de respondenten van het macroniveau dat de bewindslieden verantwoordelijk voor het beleid terzake met de beperkt beschikbare mogelijkheden en de gebrekkige planmatige opzet van de gezondheidszorg in zijn geheel gezien een acceptabel beleid hebben gevoerd. Gemeend wordt dat de onderhavige casus tot een betere coördinatie tussen de departementen van Onderwijs en Wetenschappen en Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft geleid. Een deel van deze respondenten benadrukt dat het microniveau en de medische beroepsverenigingen er meer van doordrongen moeten zijn, dat bij de geneeskunde en in het bijzonder de hartchirurgie enorme hoeveelheden gemeenschapsgeld in het geding zijn. Van het mesoniveau heeft men duidelijk de indruk gekregen dat het zich, een enkele uitzondering daargelaten, niet te veel wil inspannen om het hartcentrum in de eigen instelling verder uit te breiden. De Hartpatiëntenvereniging zou zich minder emotioneel moeten opstellen en zich naast de bestaande belangstelling voor de curatieve zorgverlening meer op de preventie moeten richten.

Respondenten van het mesoniveau hebben voor de opstelling van bewindslieden op het macroniveau over het geheel genomen weinig waardering. Oordelen als langzaam, langdradig en ondoorzichtig handelen zijn unaniem. De totstandkoming van bijvoorbeeld een afzonderlijk tarief is uitermate moeizaam verlopen terwijl de toewijzing van de personele- en materiële middelen zeer stroef gaat. Het microniveau dringt voortdurend op spoed aan waarbij het mesoniveau, aldus deze respondenten, zich te afwachtend opstelt. Bovendien dient het microniveau zich te beperken tot reële aanvragen en majorering te vermijden.

De meerderheid van de respondenten van het microniveau vindt dat de betrokken bewindslieden de adviezen van de Gezondheidsraad naast zich hebben neergelegd en slechts bereidheid hebben getoond een operatiecapaciteit ten behoeve van 4000 open hartoperaties te creëren.

Zelf scharen deze respondenten zich achter de adviezen van de Gezondheidsraad en menen dat hun beroepsverenigingen dit onvoldoende hebben gedaan. Dat een en ander toch in gang is gezet, schrijven zij voor een niet onaanzienlijk

deel toe aan het optreden van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging. Een minderheid van deze categorie respondenten beoordeelt de opstelling op het macroniveau gunstig. Zij meent dat weliswaar de bewindslieden de bereidheid hebben getoond iets te doen, maar dat het nemen van beslissingen onmogelijk is gemaakt door de onderling afwijkende adviezen van de deskundigen.

De meerderheid van de respondenten van het microniveau verwijt het mesoniveau een zich onvoldoende inleven in de problematiek en daardoor traagheid in reactie.

Naast deze naar elkaar opgeheven wijsvingers, pleiten de meeste respondenten per organisatieniveau voor (meer) duidelijkheid over de kwaliteit van de zorgverlening en over de incidentie en spreken dienovereenkomstig de wens uit te komen tot een databank, waarin informatie per hartcentrum wordt verzameld en verwerkt ter evaluering van de onderzoek- en behandelresultaten.

## 9.7 Conclusie

Tijdens de opiniepeiling is gebleken dat het bij de onderscheiden categorieën respondenten aan geen twijfel onderhevig is, dat de bestrijding van de hart- en vaatziekten een hoge prioriteit verdient. Ten aanzien van de omvang van het hart-vaatliden tast men enigermate in het duister. De prognosevorming van de Gezondheidsraad betreft slechts een deel van de hart- en vaatpatiënten, namelijk het deel dat voor chirurgische ingreep uiteindelijk in aanmerking komt. De twijfel over de juistheid van de prognose blijkt bij de bewindslieden niet geheel onbekend en maakt een beleid er niet eenvoudiger door.

Duidelijk is dat er sprake is van een capaciteitstekort, minder duidelijk is hoe groot dat tekort is. Hieruit is een tweeledig probleem voortgekomen, te weten omvang en kwaliteit van de capaciteit en de mate van spreiding van de voorzieningen over Nederland. Over beide aspecten zijn de meningen verdeeld. De respondenten van het mesoniveau blijken relatief het meest bereid te zijn de adviezen van de Gezondheidsraad in deze te volgen, ook al heeft de meerderheid geen oordeel over de juistheid.

Ondersteunende maatregelen ter vergroting van de capaciteit van de hartchirurgie zoals de erkenning van de cardiopulmonale chirurgie als zelfstandig medisch specialisme en de realisering van een apart verrichtingentarief, beide door de Gezondheidsraad geadviseerd, worden door de meeste respondenten als effectief bestempeld.

De mededeling van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland, gedaan in november 1978, betreffende het hier en daar verdwijnen respectievelijk korter worden van de wachtlijsten, is mede aanleiding geweest voor een aantal respondenten zich opnieuw te bezinnen op de toekomstige capaciteit. Een vergelijking van tabel 9.3 en 9.9 leert dat de respondenten van het micro-niveau relatief het meest consequent in hun opinie zijn.

Hetgeen in voorgaande beschrijvende hoofdstukken reeds tot uitdrukking is gekomen, blijkt ook weer tijdens de 'expert-opinion-analyse'. De vereiste voorzieningen blijven achter bij de gewenste voorzieningen. Het initiatief tot aanpassing is genomen door voornamelijk cardiologen en cardiopulmonale chirurgen, de laatsten in relatief geringere mate dan de eersten. Dat er uiteindelijk sprake is van een inspanning gericht op capaciteitsaanpassing wordt naast de druk vanuit het microniveau voor een niet weg te cijferen deel toegeschreven aan het optreden van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging. Aan de centrale overheid en de ziekenhuisbesturen en -directies wordt een zekere laksheid verweten.

Slechts enkele respondenten hebben gewezen op de eenzijdige benadering in de keuze van de bestrijdingsmaatregelen. Een benadering, die ten koste is gegaan van de aandacht voor maatregelen op het gebied van de preventie en vroegdiagnostiek.

## Noten hoofdstuk 9

1. Gezondheidsraad : Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten; Verslagen en Mededelingen 1971, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1971, p. 9.
2. Gezondheidsraad : Interim-advies inzake vergroting van de capaciteit der hartchirurgische centra; Rijswijk, nr. 327/71; 27 september 1972.
3. Gezondheidsraad : Nadere bepaling van de behoefte aan open hartoperaties, d.d. 21 september 1973.  
Gezondheidsraad : Advies inzake voorziening in de tekorten der hartchirurgische centra ter realisering van fase 1 per 1 januari 1976; 29 oktober 1973.
4. Gezondheidsraad : Interim-advies behoefteraming coronaire hartchirurgie; 23 augustus 1976.
5. Zie ook het overzicht van coronaire bypass operaties over 1975 in "Coronary Artery Surgery : a critical review", by Thomas A. Preston, p. 173. In dit overzicht komt ook Finland voor met 10 coronaire bypass operaties per één miljoen inwoners.
6. Gezondheidsraad 1971 : t.a.p., p. 42.
7. Dit tarief geldt per ultimo 1978.
8. Andel, G.J. van : Percutaneous Transluminal Angioplasty - the dotter procedure; Excerpta Medica, Amsterdam, 1976, p. 59 e.v.
9. Volgens het Rotterdams Nieuwsblad, van 11 februari 1978, door Prof. Dr. Walter Siegenthaler opnieuw toegepast.
10. Sedert 1978 bestaan twee verenigingen van hartpatiënten, te weten de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging en de Vereniging Henk Fievet, afgesplitst van de eerstgenoemde.



## 10. EVALUATIE VAN DE FORMELE EN FEITELIJKE BELEIDSVORMING

### 10.1 De invloed van het geneeskundig denken

Op het microniveau worden beslissingen genomen die primair betrekking hebben op onderzoek en behandeling van de patiënt. De keuze van de onderzoek- en behandelingsactiviteiten door de medicus is gebaseerd op zijn kennis, kunde en ervaring. Kenmerkend voor zijn besluitvorming is de veelvuldig optredende onzekerheid waarin de arts beslissingen over het in gang zetten van de behandeling moet nemen. "Absolute zekerheid omtrent de juistheid van de diagnose is om velerlei redenen niet te krijgen.", (1). Zijn waardeoordeel over de verkregen informatie speelt een beslissende rol bij de keuze van het onderzoek en de behandeling.

Binnen de ziekenhuisorganisatie komt dit tot uitdrukking via de door de medicus aangewende invloed op de verdeling van de middelen, die zijn patiëntenzorg mogelijk moet maken, (2). Freidson (1974) zegt hierover: "the character of that influence does stem from professional views of the purely functional considerations of what service is needed to accomplish some desired end, but *those views have been distorted by the lenses of a special occupational perspective*", (3). In het algemeen is iedere professionele en gespecialiseerde werker volledig geobsedeerd door de eigen visie op de probleemherkenning, formulering en oplossing. De ingenieur, die een prachtige kleurentelevisie heeft ontworpen, kan niet meer worden gedeprimeerd dan met het commentaar dat zijn apparaat weliswaar prachtig is en alle technische 'snufjes' die mogelijk zijn in zich bergt, maar dat het vanwege de hoge aanmaakkosten toch eenvoudiger dient te worden uitgevoerd, opdat een voldoende aantal kopers zal komen.

Zeer contrastrijk in dit kader is de opmerking van een medische specialist die zich verbaasde en ergerde aan de discussies inzake de aanleg van de Oosterscheldebrug. Zijn voorstel was de Oosterschelde te laten voor wat zij is en de daarvoor uitgespaarde miljarden te investeren ten behoeve van de uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit. Nederland zou daarmee in één klap van het capaciteitsprobleem af zijn.

Een 'visie' als hierboven geschetst toont heel duidelijk de 'distortion', veroorzaakt door het volledig in beslag genomen zijn door de eigen 'occupational perspective'.

Het geneeskundig denken in de intramurale gezondheidszorg, dat wil zeggen de gezondheidszorg die wordt verleend in ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen voor chronisch zieken, zwakzinnigenhuizen, e.d., (4) is sterk ge-

richt op de individuele patiënt, zowel in directe als in indirecte relatie. De eerste betreft de patiënt-arts relatie; de tweede betreft het verwerven van de middelen om de patiëntenzorg mogelijk te maken.

De cardiologen worden eerder dan de cardiochirurgen als eerste geconfronteerd met het tekort aan onderzoek- en behandelingsmogelijkheden. Dergelijke confrontaties zijn aanleiding geweest tot het initiëren van acties gericht op de overbrugging van het ondervonden tekort.

Ook in andere medische disciplines is dit fenomeen waar te nemen, zoals bijvoorbeeld bij de behandeling van oncologische aandoeningen, (5). Ook hier zijn het acties geweest die via een openbare hoorzitting met de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer (6) tot een beleidsnota inzake de kankerbestrijding (7) hebben geleid.

#### 10.1.1 Specialisatie

De geneeskunde heeft vooral na de Tweede Wereldoorlog een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Als gevolg van technologische veranderingen en verbreding en verdieping van het kennisniveau ontstonden mogelijkheden om enerzijds meer aandoeningen te diagnostiseren, terwijl anderzijds meer en per aandoening of groep van aandoeningen de behandelingsmogelijkheid aanzienlijk toenam. Dit proces, dat nog immer voortduurt, resulteerde in een toegenomen specialisatie van activiteiten gericht op aandoeningen van specifieke organen of systemen in het lichaam. Zo ontstonden uit de 'moedervakken' zoals bijvoorbeeld algemene heelkunde en inwendige geneeskunde, specialisaties als urologie, orthopedie, cardiologie, pulmonologie, neurologie, psychiatrie, enzovoorts (8).

De technologische vooruitgang maakte de verdere ontwikkeling mogelijk van wat wordt genoemd superspecialistische activiteiten zoals bijvoorbeeld de niertransplantatie, haemodialyse, cardiopulmonale chirurgie, oncologie en isotopengeneeskunde.

Het effect van de geneeskundige specialisatie met betrekking tot de patiëntenzorg is een toenemende verbijzondering van patiënten op grond van door de arts waargenomen symptomen c.q. verschijnselen, door Mintzberg (1979) 'pingeontholing' genoemd, (9). Eenmaal de diagnose gesteld verdwijnt de patiënt in een 'koker', waar hij slechts dan uitkomt wanneer de diagnose/therapiecyclus als geëindigd wordt beschouwd. Met het stellen van de diagnose is het ingedeeld zijn in een bepaalde categorie van voortgaande diagnostisering en therapie een feit. Alternatieve onderzoek- en therapie mogelijkheden worden eerst binnen de eigen specialistische richting gezocht.

De op de eigen specifieke categorie gerichte symptoombenadering is een kenmerk van de specialistische geneeskunde, (10). Op grond van de beperking die de specialisatie met zich meebrengt is het gevoerde patiëntenbeleid categoriaal van karakter, dat wil zeggen dat slechts voor onderzoek en behandeling door de betrokken specialist in aanmerking komt die groep van patiënten die symptomen vertonen, die behoren tot een zelfde categorie.

#### 10.1.2 Erkenning tot zelfstandig medisch specialisme

De tendens tot specialisatie in de geneeskunde gaat vergezeld van het streven het resultaat van deze afscheidingbeweging maatschappelijk erkend te krijgen als autonoom functionerende categorie van activiteiten. Verschillende redenen liggen aan dit streven ten grondslag, zoals onder meer:

1. het kunnen formuleren van eigen specifieke opleidingseisen;
2. de mogelijkheid te komen tot eigen tarieven en honoreringen aangepast aan de eigen specifieke dienstverlening;
3. de mogelijkheid de ten behoeve van de uitoefening van het specialisme noodzakelijke personele, materiële en ruimtelijke voorzieningen binnen een ziekenhuis in directe onderhandeling met directie gerealiseerd te krijgen;
4. de mogelijkheid tot beïnvloeding van het aantal specialisten binnen de eigen discipline;
5. het kunnen bereiken van een status, die erkenning van het specialisme voor de specialist met zich meebrengt.

Het besluit tot erkenning van een zelfstandig medisch specialisme geschiedt op voorstel van het 'Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialist' door het hoofdbestuur van de K.N.M.G. Indien de Minister van Onderwijs en Wetenschappen bezwaren heeft, wordt het besluit niet geëffectueerd (11). Via deze procedure kan de minister invloed uitoefenen op en draagt hij medeverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de medisch specialistische opleidingen en indirect voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Toelating tot een medische specialistische opleiding is afhankelijk van plaatsingsmogelijkheden bij een voor het betreffende specialisme bevoegd opleider. Opleidingsbevoegdheid verkrijgt men, indien wordt voldaan aan een aantal eisen, die worden gesteld door de Specialisten Registratie Commissie gehoord hebbende het Centraal College, (12).

De minimale eisen, waaraan de aankomende specialist moet voldoen, worden door de eigen beroepsvereniging geformuleerd. De erkenning als specialist, die gepaard gaat met inschrijving in het betreffende register, is een aangelegenheid

die zijn wortels aan de basis, het microniveau, heeft. De opleider beoordeelt of de resultaten van de in opleiding zijnde assistent-geneeskundige voldoende aanleiding vormen om hem voor erkenning als specialist voor te dragen. Om aan een al dan niet vermeende willekeur in de beoordeling te ontkomen probeert bijvoorbeeld het moedervak 'algemene heelkunde' sedert enige tijd meer objectiviteit in de beoordeling van de resultaten van de assistent-geneeskundige aanvaard te krijgen. Door middel van het verplicht stellen van het volgen van cursorisch onderwijs en deelnemen aan schriftelijke onderzoeken wordt de kennisoverdracht gestandaardiseerd en de kennisabsorptie objectief getoetst, (13).

De specialisatie binnen de geneeskunde leidt tot het vormen van specifiek herkenbare categorieën specialisten, die zich beperken tot het verrichten van gedifferentieerde activiteiten (14) gericht op één of enkele organen, één of enkele functies of delen ervan of op bepaalde ziekteverschijnselen.

*Het is dus juist te stellen dat het beleid met betrekking tot de patiëntenzorg wordt bepaald door gecategoriseerde medisch professionele aspecten, (hypothese 5).*

#### 10.1.3 Erkenning van de Cardiopulmonale chirurgie

In 1973 is de cardiopulmonale chirurgie erkend als zelfstandig specialisme. Daarbij is sedertdien te verstaan onder cardiochirurgie "ingrepen aan het hart en de thoracale vaten, al dan niet met behulp van de extracorporale circulatie". Onder de pulmonale chirurgie is te verstaan "ingrepen aan longen, pleura, mediastinum en thoraxwand", (15). Aan deze formele gebeurtenis is een reeds feitelijk functioneren als gedifferentieerde activiteit sedert enkele jaren vooraf gegaan. De specialisatie betreft specifieke werkzaamheden met betrekking tot de diagnostiek, indicatiestelling, chirurgische technieken en hulpmiddelen en de speciale postoperatieve behandeling.

De erkenning als zelfstandig specialisme, aanbevolen door de Gezondheidsraad, is beschouwd als een maatregel die kan bijdragen tot het overbruggen van het capaciteitstekort op grond van de motieven die in paragraaf 10.1.2 zijn genoemd. De opleiding tot cardiopulmonale chirurg betekent een kwalitatieve verbetering in de bestrijding van hart- en vaatziekten langs curatieve weg en is een antwoord op de adviesaanvraag van de minister in 1968, zie paragraaf 6.2. Handhaving van de kwaliteit is te bereiken via het dagelijks verrichten van ingrepen die door de betreffende chirurg mogen worden verricht. Het optimaal aantal open hartoperaties per centrum is gebaseerd op het verkrijgen en behouden van deze vaardigheid.

## 10.1.4 Confrontatie met de vraag

De confrontatie van de grote vraag naar de hartchirurgische dienstverlening met het achtergestelde aanbod van dienstverleners heeft geleid tot een groei van het aantal erkende cardiologen en cardiopulmonale chirurgen. Ook de toestroom van het aantal assistent-geneeskundigen voor beide specialisaties is gestegen.

Tabel 10.1.4.1 toont de groei in het aantal geregistreerde specialisten gedurende de periode 1972 - 1977.

Omschrijving	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Cardiologie	162	170	182	196	211	229
Cardiopulmonale chirurgie	-	-	11	16	17	20

Tabel 10.1.4.1 : Aantal ingeschreven medische specialisten per 1 januari  
(Bron: Nationaal Ziekenhuisinstituut)

De procentuele toename van het aantal cardiologen bedroeg in zes jaar tijds 41 procent. In vergelijking met de toename in andere specialismen behoort deze toename tot de hoogste categorie. Andere medische specialismen zoals urologie, plastische chirurgie, neurochirurgie en anaesthesie en de ondersteunende specialismen revalidatie en radiologie laten een groei zien in dezelfde periode van 35 tot 45 procent, (16).

Bedroeg het gemiddeld aantal ingeschreven assistenten voor cardiologie in de periode 1 januari 1962 tot 1 januari 1972, gemiddeld per jaar 29, in de opvolgende periode tot 1978, steeg het jaarlijks gemiddelde tot 48 ingeschreven assistent-geneeskundigen.

Een verklaring van deze toename ligt mogelijk in de toegenomen plaatsingsmogelijkheden als gevolg van de verwachte toename in het aantal hart- en vaatpatiënten en de ontwikkeling met betrekking tot de cardiochirurgie. Daardoor lijkt een toekomstige werkkring verzekerd en een inkomen gegarandeerd.

Voor de cardiopulmonale chirurgie bedraagt het aantal ingeschreven assistent-geneeskundigen per 1 januari 1975, 1976, 1977 en 1978 respectievelijk 9, 10, 13 en 14, (17).

In aanmerking genomen de opleidingsduur van zes jaren en de gemiddelde leeftijd van de huidige cardiochirurgen zullen anno 1984 circa 34 erkende cardiopulmonale chirurgen door het verrichten van open hartoperaties in Nederland beschikbaar zijn.

Gemiddeld zijn in Nederland per hartchirurg jaarlijks 113 open hartoperaties verricht, gedurende de jaren 1974 - 1978. Een specificatie van de periode 1974 - 1978 is in tabel 10.1.4.2 gegeven. De keuze van het beginjaar 1974 hangt samen met de in 1973 verkregen erkenning van het specialisme cardiopulmonale chirurgie.

Omschrijving	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Aantal erkende CPC, per 1 januari	11	16	17	20	23*	27*
Gemiddeld aantal erkende CPC, gedurende	13,5	16,5	18,5	21,5	25	-
Aantal OHO in Nederland	1555	1658	2095	2487	2980	-
Gemiddeld aantal OHO per CPC	115	100	113	116	119	-

Tabel 10.1.4.2 : Specificatie van het gemiddeld aantal verrichte open hartoperaties per erkende cardiopulmonale chirurg

\* Opgave Specialisten Registratie Commissie

In de tabel betekent CPC 'cardiopulmonale chirurg' en OHO 'open hartoperatie'.

Indien het gemiddeld aantal per jaar verrichte open hartoperaties per cardi-chirurg zich op het niveau van 1978 zal voortzetten, dan zullen tegen 1985 circa 4046 open hartoperaties kunnen worden verricht in Nederland. Bij een prognose van 5000 - 6000 open hartoperaties per jaar voldoet dit aantal dus nog niet aan de doelstelling voor 1980. Het gemiddeld aantal open hartoperaties per cardiopulmonale chirurg zou daarvoor per 1985 gestegen moeten zijn tot circa 176 per jaar.

#### 10.1.5 Initiatieffase

In het patiëntenbeleid met betrekking tot de open hartchirurgie wordt ten behoeve van de besluitvorming gebruik gemaakt van uitgebreide protocollen.

Spencer (1976) duidt die aan met "the surgical cookbook", (18). Stap voor stap wordt daarin aangegeven wie, wat en wanneer moet doen.

De hiervoor geldende richtlijnen zijn tot stand gekomen na breed overleg tussen cardiologen, cardiopulmonale chirurgen, anaesthesisten, intensive-care deskundigen, verpleging, enz. De richtlijnen betreffen de pre-operatieve fase, zowel poliklinisch als klinisch, de operatieve fase en de postoperatieve fase zowel klinisch als poliklinisch.

Het gebrek aan onderzoek- en behandelingsmogelijkheden heeft per centrum geleid tot initiatiefvoorstellen vanuit het microniveau om de capaciteit te brengen op het door de Gezondheidsraad geadviseerde niveau.

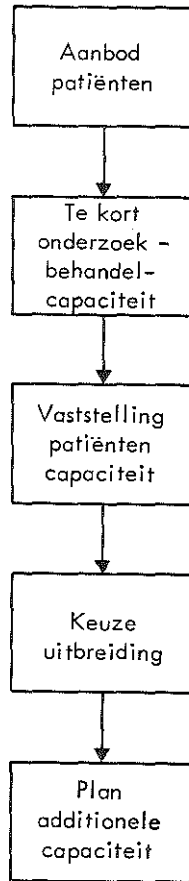
Het ontstaan en in gang zetten van een op capaciteitsuitbreiding gerichte activiteit blijkt analoog te verlopen aan het diagnose-therapieproces, zoals is beschreven door De Vries Robbé (19). De probleemstelling bestaat uit het signaleren van het tekort c.q. ontbreken van voldoende onderzoek- en behandelingsmogelijkheden. Op basis van de beschikbare informatie, als aantal en soort patiënten en bestaande mogelijkheden, wordt kwaliteit en kwantiteit van de te verwerken mogelijkheden geformuleerd, zie schema 10.1.5.1. De keuze van de personele, materiële en ruimtelijke middelen wordt door dezelfde deskundigen verricht als die welke zijn ingeschakeld in het diagnose-therapieproces.

In dit selecterend keuzeproces staat centraal de oordeelsvorming over het verwachte aanbod van patiënten naar soort diagnose en naar frequentie van voorkomen en over de kwaliteit en kwantiteit van personele-, materiële- en eventuele ruimtelijke voorzieningen. Het eerste betreft de keuze van het aantal te verrichten operaties. Meer of minder dwingende richtlijnen worden per centrum sedert 1976 door de centrale overheid gehanteerd, (20). Bij de keuze van aard en omvang van de middelen wordt naast de persoonlijke inzichten gebruik gemaakt van de normen die zijn opgesteld door de eigen beroepsgroep. Factoren zijn daarbij in het geding, zoals:

- . de methode en tijdsduur van onderzoek en behandeling;
- . de te verrichten operaties;
- . de organisatiestructuur van het team, dat bij het onderzoek en de behandeling is betrokken;
- . de deskundigheidsgraad van het personeel;
- . de concentratiegraad van de voorzieningen;
- . de invloed van industriële ontwikkelingen met betrekking tot de medische technologie;
- . het referentiekader van de initiatiefnemers en -volgers;
- . de financiering.

Bij de keuze van de middelen zal duidelijk onderscheid moeten worden gemaakt tussen behoefte en wens, tussen objectief meetbare gerechtvaardigde vraag en subjectief verlangen, (21).

In de praktijk blijkt dit keuzeprobleem te worden doorgeschoven naar het mesoniveau.



Schema 10.1.5.1 : Proces van besluitvorming op het micro-niveau inzake de aanpassing van de onderzoek- en behandelcapaciteit aan het patiëntenaanbod



### 10.1.6 Niet-geïntegreerde capaciteitsbenadering

Bij de besluitvorming rond een open hartoperatie wordt gebruik gemaakt van protocollen of standaardregels die aangeven hoe en wanneer moet worden gehandeld in een gegeven situatie. Zij zijn tot stand gekomen via de geaggregeerde kennis van de bij het onderzoek- en behandelingsproces betrokken specialisten.

Het protocol biedt de mogelijkheid geïntegreerde plannen tot capaciteitsuitbreiding op te stellen. Met geïntegreerd wordt dan aangegeven het mede in beschouwing nemen van de consequenties van de uitbreiding binnen de hartchirurgie voor interdependente gebieden, zoals bijvoorbeeld de anaesthesie, verpleging, intensive-care, tandheelkunde, laboratoria, röntgen en bloedbank.

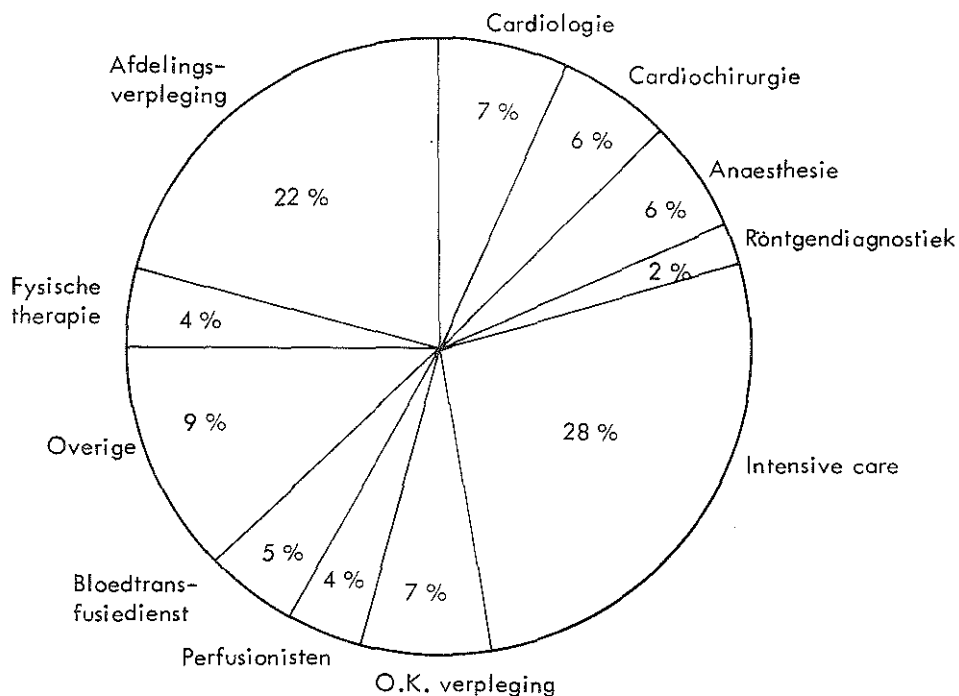
Empirisch onderzoek in enkele ziekenhuizen heeft uitgewezen dat de betrokkenheid van interdependente disciplines bij de meest voorkomende open hartoperaties is uit te drukken in tijdseenheden. In figuur 10.1.6.1 hebben wij deze betrokkenheid in procenten vertaald. De groep 'overige' in deze figuur bestaat uit: verkoeverkamer, 1%; longfunctie-onderzoek, 1%; klinische chemie, 3%; haematologisch laboratorium, 1%; pathologische anatomie, 0,5%; bacteriologie/virologie, 1%; medisch maatschappelijk werk, 1%; medische psychologie, pastorale dienst, apotheek, mondheelkunde, neurologie, interne geneeskunde, keel-, neus- en oorheelkunde, tezamen 0,5%.

Opgemerkt dient te worden dat deze verdeling geldt in een bepaalde periode. Afhankelijk van veranderingen met betrekking tot de open hartoperatie zal een verandering optreden in de procentuele 'betrokkenheid'. De verdeling is bedoels als indicatie dat uitbreiding van het aantal open hartoperaties consequenties zal hebben voor de bij de operatie betrokken disciplines.

Slechts in een enkel ziekenhuis is van de mogelijkheid tot geïntegreerde planning gebruik gemaakt. In de meeste centra zijn alleen de direct betrokken disciplines verpleging en anaesthesie naast de cardiologie en de cardiochirurgie in de plannen voor de capaciteitsuitbreiding betrokken. *Er is daarmee sprake van een gesegmenteerde probleembenadering op het microniveau te vergelijken met de symptoombenadering in de gespecialiseerde geneeskunde, (hypothese 4).*

### 10.2 Beleidsvorming

Hoogerwerf (1972) omschrijft beleid als "een min of meer weloverwogen streven bepaalde doeleinden met bepaalde middelen en in een bepaalde tijdsvolgorde te



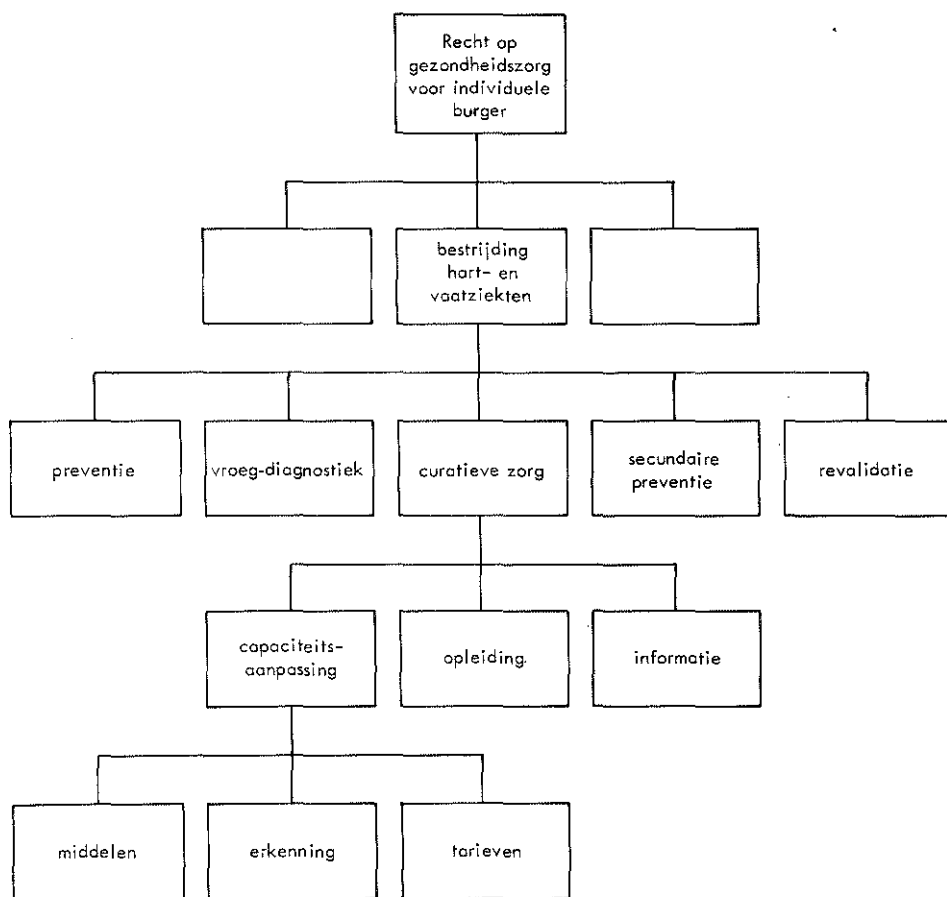
Figuur 10.1.6.1 : De betrokkenheid van verschillende disciplines uitgedrukt in procenten, afgeleid van de gemiddelde tijdsbesteding voor, tijdens en na een open hartoperatie

bereiken", (22).

De basis van een beleid bestaat dus uit één of meer doelstellingen, die vaak sub-doelstellingen vormen om verderaf gelegen doelstellingen te realiseren. In de gezondheidszorg geldt als finale doelstelling het realiseren van het recht op gezondheidszorg van de individuele burger, (23).

De middelen om dit recht te effectueren worden gevonden in het bestrijden van ziekten, het ordenen, beheersen en plannen van individuen en instellingen, die met de bestrijding zijn belast en het controleren van de kwaliteit van de uitvoering van de bestrijding. De realisering van deze middelen verheft hen tot doel. Voor de bestrijding van hart- en vaatziekten is een vijftal middelen aangedragen, namelijk maatregelen gericht op de preventie en vroegdiagnostiek, de uitbreiding en verbetering van de onderzoek- en behandelingsmogelijkheden, de secundaire preventie en de revalidatie. De realisering van deze maatregelen vraagt weer om bepaalde middelen.

Aldus ontstaat een hiërarchie van doelstellingen, (24), schematisch weergegeven in figuur 10.2.1, waarin de sub-doelstelling het middel is om de hoger gelegen



Figuur 10.2.1 : Hiërarchie van doelstellingen inzake  
de bestrijding van hart- en vaatziekten

doelstelling te verwezenlijken. De keuze van de doelstelling "bestrijding van hart- en vaatziekten" is het gevolg van de omvang van de sterfte ten gevolge van deze categorie van aandoeningen (zie tabel 6.2.1, blz. 46).

Een bezinning en een keuze van de middelen, die nodig zijn om de doelstellingen te verwezenlijken, vormt een tweede uitgangspunt in het beleid.

De Volksgezondheidsnota van 1966 is ten aanzien van de keuze van de middelen heel expliciet: "waar voorzieningen worden getroffen, deze zo integraal mogelijk moeten zijn, dat wil zeggen zo weinig mogelijk uitzondering moeten kennen en in ieder geval beschikbaar moeten zijn voor een ieder die daaraan behoefte heeft; voorts dat daarvoor de eis van een gelijke rechtsbedeling moet gelden terzake van subsidiëring en tenslotte dat alleen bijzondere omstandigheden bijzondere voorzieningen toestaan", (25).

Het beleid in 1966 stelt ook dat de overheid de behoeften aan voorzieningen dient te onderkennen en de mogelijkheden te creëren om in die behoeften te voorzien. Concreet gaan gedachten daarbij uit naar het ter beschikking stellen van financiële middelen, het zorg dragen opdat voldoende beroepsbeoefenaren en instellingen beschikbaar zijn om de hulp te verlenen, handhaving en waar nodig verbetering van de kwaliteit van de te bieden hulp en het waarborgen van de rechten van de individuele burger met betrekking tot toegankelijkheid tot beroepsbeoefenaren en de instellingen.

De verantwoordelijke bewindsman van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft zich ten aanzien van de bezinning en de keuze van de middelen gericht op de bestrijding van de hart- en vaatziekten geheel laten adviseren door de Gezondheidsraad. Met grote voortvarendheid zijn vooral maatregelen gericht op de preventie en een enkele op de vroegdiagnostiek uitgevaardigd. In de jaarlijkse begrotingen en bijbehorende Memories van Toelichting is hieraan enige aandacht gewijd, omdat de benodigde financiële middelen gedeeltelijk ten laste van de Rijksbegroting komen.

Het derde centrale uitgangspunt in het beleidsconcept van Hoogerwerf is de tijdsdimensie. Niet alleen het aangeven van de doelstelling is voldoende, maar ook het moment waarop de realisering voltooid moet zijn. De factor tijd, in relatie tot de realisering van met name de doelstelling "uitbreiding en verbetering van de onderzoek- en behandelingsmogelijkheden", heeft een belangrijke rol gespeeld bij de overweging van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, cardiologen en hartchirurgen om acties te ondernemen. De tijdtabel, schema 6.1.1, blz. 42 toont dat in het algemeen veel tijd verloopt tussen de beleidsvoorbereidende adviezen van de Gezondheidsraad en beleidsbeslissingen door de ministers.

### 10.2.1 Advisering als beleidsvormende activiteit

Vanuit het microniveau worden de beleidsvoorstellen op verschillende wijzen bekendgemaakt aan de hoger gelegen organisatieniveaus. De voorstellen van de cardipulmonale chirurgie en cardiologie worden binnen de instelling naar het niveau van directie en bestuur gezonden. Bij de overheid komen de voorstellen via twee wegen bij elkaar, namelijk vanuit het mesoniveau en vanuit de Gezondheidsraad.

Bestudering van de route vanuit de Gezondheidsraad leert het volgende. De commissies die zich hebben beraden over de problematiek van het overbruggen van het capaciteitstekort in de open hartchirurgie zijn in overwegende mate samengesteld uit functionarissen van het microniveau, die direct zijn betrokken bij de patiënt-gerichte curatieve zorgverlening. Zij zijn het die vanuit de hen toegeschreven deskundigheid voorstellen doen over de prognose van de vraag naar open hartoperaties en de keuze van de gewenste aanpassing. Het is daarbij niet aannemelijk te veronderstellen dat een discrepantie zou bestaan tussen hun zienswijze ten aanzien van de ontwikkelingen binnen het eigen hartcentrum en hun zienswijze gepresenteerd ten behoeve van de adviesvorming door de Gezondheidsraad. Een overtuiging die is gebaseerd op de door de Gezondheidsraad via enquêtering op het microniveau verkregen informatie en de inhoud van de plannen, die vanuit het microniveau aan het mesoniveau zijn aangeboden.

In de fase van de advisering door de Gezondheidsraad zijn de consequenties verbonden aan de specifieke capaciteitsuitbreidingen voor de betreffende ziekenhuizen niet in beschouwing genomen, ofschoon aanvaarding van de adviezen door de betrokken ministers grote organisatorische gevolgen zou hebben.

Deze adviserende activiteit betekent dus *een doortrekken en versterken van de gesegmenteerde probleembenadering en -oplossing*, (hypothese 4), die, zoals gezegd, hun bases hebben op het microniveau.

### 10.2.2 Waardeoordeel versus feitelijk oordeel

De keuze van de doelstelling 'de bestrijding van hart- en vaatziekten' is gebaseerd op de feitelijke situatie dat bijna de helft van het aantal overleden en als doodsoorzaak heeft hart- en vaatziekte. Van een aantal van hen had mogelijk het leven ten minste nog enige tijd verlengd kunnen worden, wanneer tijdens de afwijking c.q. de aandoening was gediagnostiseerd en behandeld. Ten behoeve van de bepaling van de omvang en kwaliteit van de totale capaciteit van diagnostische en therapeutische voorzieningen voor hart- en vaatpatiënten

is het van essentieel belang een prognose te hebben van de incidentie, dat wil zeggen van de omvang van het aantal nieuwe ziektegevallen gedurende een bepaalde periode, (26).

Bepaling van de incidentie is voor Nederland een moeilijke aangelegenheid, omdat epidemiologische (27) informatie nauwelijks beschikbaar is. Wel hebben enkele onderzoeken naar determinanten van hartziekten populatie-gericht (28) en diagnose-gericht (29) plaatsgevonden. De resultaten hiervan waren ten tijde dat zij benodigd waren ten dele nog niet beschikbaar, ten dele niet (meer) relevant. In ieder geval is ervan, voorzover wij hebben kunnen nagaan, geen gebruik gemaakt bij de prognosevorming.

De Gezondheidsraad heeft zijn prognoses afgeleid uit Nederlandse mortaliteitsstatistieken en Amerikaanse informatie. Concrete informatie voor Nederland is de sterftestatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek, terwijl voorts incidentieel nadere informatie over frequentie en spreiding van hart- en vaatziekten. Extrapolatie van de gegevens ten behoeve van een verantwoorde planning heeft plaatsgevonden met behulp van enkele buitenlandse, voornamelijk Amerikaanse, deskundigen, (30). De jongste prognose van de Gezondheidsraad voor 1980 van 5000 - 6000 open hartoperaties per jaar betekent dan een verdubbeling van het aantal ten opzichte van 1971. Als men bedenkt dat op het macroniveau 42 procent deze prognose in twijfel trekt, terwijl 29 procent zich van een oordeel onthoudt (zie tabel 9.3) en daarbij voegt de onzekerheid ten aanzien van de gewenste capaciteit zoals die op het microniveau heerst, dan wordt een verantwoorde bepaling van de gewenste omvang van de capaciteit ernstig bemoeilijkt. Uit het vorenstaande volgt een nijpend gebrek aan toetsingsmogelijkheden, hetgeen inherent is aan een waardeoordeel, (31).

Voor de bepaling van de omvang en inrichting van een hartcentrum heeft de Gezondheidsraad richtlijnen en normen verstrekt. Richtlijnen en normen echter, die worden geformuleerd door deskundigen, die voornamelijk zelf zijn betrokken bij hartcentra. Het bezwaar hiervan is tweërlei, namelijk dat richtlijnen worden gegeven door hen die zelf belang bij de uitvoering ervan hebben en ten tweede dat zij aan hun deskundigheid een zekere macht (32) ontleen, die de beleidskeuze niet rationeel beïnvloedt, (33). Aan deze bezwaren kan worden tegemoetgekomen door hoge eisen te stellen aan de objectiverbaarheid van de adviezen via het zover mogelijk doorvoeren van de splitsing tussen feitelijke informatie gebaseerd op toetsbare gegevens en waardeoordelen.

### 10.2.3 Maatschappelijke druk als beleidsindicator

In de beschouwde periode is na de aanvankelijke accentuering van de preventie en vroegdiagnostiek een verschuiving van de aandacht opgetreden ten gunste van de curatieve zorgverlening. Het omslagmoment ligt omstreeks 1974, wanneer de volksvertegenwoordiging via de Kamers der Staten-Generaal en de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid feitelijk voor het eerst getuigt van belangstelling voor de aanpassing van de hartchirurgische capaciteit en de realisering van een apart verrichtingentarief. Het optreden van de Hartpatiëntenvereniging heeft hierop een duidelijke invloed gehad.

De beleidskeuze blijft in de eerste helft van de zeventiger jaren beperkt tot de bestaande hartcentra die goedkeuring krijgen hun capaciteit uit te breiden. De acties vanuit het microniveau waarbij zich later hebben gevoegd functionarissen van het mesoniveau en enkele kamerleden hebben geleid tot toestemming aan twee algemene ziekenhuizen de hartchirurgie te hervatten, ofschoon de betrokken staatssecretaris lange tijd op aanvragen tot hervatting negatief heeft gereageerd. Het initiatief van een drietal hoogleraren leidt tot het positieve resultaat om een categoriaal ziekenhuis in te schakelen ten behoeve van de capaciteitsuitbreiding. Een tweede categoriaal ziekenhuis verkrijgt toestemming als gevolg van de initiatieven van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, (34).

De Nederlandse Hartpatiëntenvereniging heeft zich ook anderszins meermalen gemanifesteerd. De totstandkoming van de luchtbrug naar Houston is het directe gevolg van de acties van deze vereniging. Dat de luchtbrug mogelijk werd is te danken aan het Gemeenschappelijk Overleg Ziektekostenverzekeraars, dat door de kosten verbonden aan vervoer en operatie te betalen de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne voor een 'fait-accompli' stelde. Andere luchtbruggen ontstonden vrij spoedig daarna. De bewindsman had geen greep hierop, omdat het Gemeenschappelijk Overleg Ziektekostenverzekeraars zich volstrekt autonoom kon opstellen.

Vanuit het parlement worden via het stellen van vragen de betrokken bewindslieden onder druk gezet. De betreffende vragenstellers reageren daarmee veelal op grond van berichten in de diverse nieuwsmedia, of nadat zij direct zijn benaderd door bijvoorbeeld cardiologen, cardiochirurgen of door patiënten. Zij laten zich ten behoeve van hun voorgenomen acties voorlichten door deskundigen uit het veld die naar categorie van deskundigheid binnen politieke partijen ad hoc hun inbreng hebben op verzoek of eigener beweging.

Een treffend voorbeeld van het ondernemen van acties via vraagstellingen en overleg binnen de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, als resultaat van het pressiemechanisme, is een excursie van een aantal kamerleden onder leiding van een hartchirurg naar een hartcentrum.

De invloed van het microniveau op de beleidsvoorbereiding is niet onaanzienlijk. Deze invloed komt onder meer tot uitdrukking via de inbreng van de leden van de commissies van de Gezondheidsraad, die de richtlijnen voor een te voeren beleid hebben aangegeven. Richtlijnen namelijk waar zij zelf belang bij hebben.

De sturing van het beleid door maatschappelijke krachten blijkt in de cardiochirurgie in hoge mate in het geding te zijn. De omvang ervan is veelal af te leiden uit de plotselinge wendingen die het beleid kenmerkt. Dit onderzoek heeft aangetoond dat het maatschappelijk pressiemechanisme zijn invloed dan heeft doen gelden.

*De bij de maatschappelijke pressie en in de adviesfase gehanteerde grondslagen voor een beleid vormen tezamen een stelsel van normen en waarden waaraan feitelijke objectiveerbare toetsingsmaatstaven ontbreken, (hypothese 7).*

#### 10.2.4 Voortgaande verbijzondering

Ter voorbereiding van het ministerieel beleid is herhaaldelijk desgevraagd advies verstrekt door de Gezondheidsraad. Van een samenhangend pakket van maatregelen in het eerste advies, zie paragraaf 6.2, is de advisering steeds sterker beperkt geworden tot maatregelen op het curatieve zorggebied.

Ongevraagd heeft de Gezondheidsraad zich daarbij nog meer beperkt, zie paragraaf 6.4, blz. 50. De samenhang in de te nemen maatregelen en het integrale aspect zijn hiermee losgelaten, hetgeen ook in het uitgevoerde beleid tot uitdrukking is gekomen. De integrale samenhangende beleidsadvisering is geworden tot een gesegmenteerde beleidsadvisering.

Voor het overheidsbeleid in de gezondheidszorg was het een novum dat een groep van specifieke activiteiten uit een totaal pakket wordt gelicht en een speciaal stempel krijgt via maatregelen op het gebied van de financiering, het erkenning-beleid, capaciteitsbepaling en spreiding van voorzieningen.

Aan deze situatie hebben meegewerkt naast de advisering door de Gezondheidsraad de krachten die vanuit het microniveau hebben ingewerkt op de beleidskeuze op



het macroniveau. Ook de pressie uitgeoefend door de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging heeft ertoe bijgedragen dat het beleid geheel is gefixeerd op de realisering van een capaciteit ten dienste van 5000 - 6000 operaties. De effecten die van de realisering van deze doelstelling zullen uitgaan op andere disciplines en zorggebieden in de gezondheidszorg zijn voortdurend buiten beschouwing gebleven. Met andere woorden aan het element van de integratie waaronder is te verstaan dat bij het nemen van maatregelen om een bepaald doel te bereiken rekening moet worden gehouden met het effect van de maatregelen op andere beleids-terreinen en omgekeerd, is geen aandacht besteed.

*Er is sprake van een verkokering van het beleid. Een verkokering in gang gezet op het microniveau, (hypothese 4).*

### 10.3 Beleidsrealisering

Het beroep dat door de uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit op de collectieve financiële middelen wordt gedaan betekent een herverdeling van de middelen. De totstandkoming van een apart verrichtingentarief voor de open hartchirurgie doet hieraan niet af, omdat dit uit de ziektekostenpremies dient te worden betaald.

Het decor achter de beleidsvaststelling wordt gevormd door de beschikbare financiële middelen, zoals ook blijkt uit de voorgaande paragraaf. De adviezen van de Gezondheidsraad hebben een verstrekkende betekenis voor de volumeontwikkeling van de voorzieningen voor diagnostiek en behandeling van hartpatiënten. Het algemene beleid ten aanzien van de gezondheidszorg is er juist op gericht de volumegroei in te dammen om op deze wijze een deel van de kostenverhoging binnen de gezondheidszorg te beheersen. De kosten verbonden aan investering en exploitatie van de hartchirurgische voorzieningen zijn zeer omvangrijk. Dit geeft wellicht een gedeeltelijke verklaring voor de terughoudendheid van de bewindsman bij de realisering van de door de Gezondheidsraad geadviseerde capaciteitsaanpassing.

#### 10.3.1 Kostenontwikkeling als beleidsindicator

De wens de volumegroei te beheersen en het volume van zorgverlening zo mogelijk terug te dringen, spreekt uit de acceptatie van de Wet Ziekenhuisvoorziening en de toepassing van de 'vier promille beleidsnorm'. De laatste houdt in dat het aantal ziekenhuisbedden wordt gereduceerd tot vier bedden per 1000 inwoners, (35).

Beheersing van de volumegroei wordt door de verantwoordelijke bewindslieden gezien als een instrument om de kosten te beheersen, (36).

*Een aantal hieronder gespecificeerde uitspraken van enkele respondenten van het macroniveau bevestigen onze veronderstelling dat het beleid van de overheid met betrekking tot de gezondheidszorg in het algemeen en de hartchirurgie in het bijzonder in hoge mate wordt bepaald door de beschikbare financiële middelen.*

"Het beleid inzake de capaciteitsuitbreiding van de hartchirurgie moet worden geprojecteerd tegen de achtergrond van een dalende conjunctuur. De kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt in een percentage van het nationaal inkomen, wordt als te hoog ervaren, veroorzaakt door een ongelimiteerde volumegroei." Gemeend wordt, dat "de gezondheidszorg functioneert bij de gratie van het aanbod van de zorgverlening".

Dit zijn redenen om "grenzen aan de groei te stellen, een sanering door te voeren en prioriteiten aan te wijzen". Een en ander komt tot uitdrukking in maatregelen als een personeelsstop voor de ziekenhuizen, later tijdelijk verzacht tot een toegestane één-procentsgroei van het aantal personeelsformatieplaatsen, met name in de academische ziekenhuizen. "Vooral de stijgende kosten van de academische ziekenhuizen baren de nodige zorgen. De investering in een gedurende de beschouwde periode in te richten academisch ziekenhuis bleek het dubbele te vergen dan in de begroting was voorzien respectievelijk toegestaan, namelijk in plaats van 320 miljoen 650 miljoen gulden." Dit fenomeen drukt een stempel op de beleidskeuze. Men moet er wel rekening mee houden dat deze stijgende kosten ook verband houden met onderwijs en onderzoek.

De Commissie Van de Belt (37) en de Werkgroep Groot (38) zijn belast geweest met de taak helderheid te brengen in de verwevenheid van deze kostenveroorzakers. De bedoeling hierachter is de onderzoek-, behandeling- en verzorgingsactiviteiten ten behoeve van de patiënt administratief te verbijzonderen, opdat met de betalende instanties tot een gerechtvaardigde op basis van de dienstverlening aangepaste vergoedingsregeling kan worden gekomen. Omdat bij de Departementen van Onderwijs en Wetenschappen en Financiën wordt gemeend dat de Ziekenfondsen te weinig betalen voor de patiëntenzorg, is een aantal tariefsverhogingen afgedwongen in het kader van de meerjarenraming. De kosten zullen in verband met het groeiend aantal wensen een zodanige omvang aannemen, dat wanneer niet wordt ingegrepen door de overheid het plafond zal worden bereikt. Op grond hiervan zullen regering en parlement een keuze moeten doen uit projecten zoals bijvoorbeeld de hartchirurgie, niertransplantatie, oncologie en neo-natale zorg. Met betrekking tot de hartchirurgie wordt de keuze dan nog eens extra bemoeilijkt door de nog bestaande onzekerheid rond de

indicatiestelling en het effect van de operatie.

Tot slot "dient zich voortdurend de vraag aan of gezien de economische toestand moet worden gekozen voor het realiseren van voorzieningen voor enkelen of voor voorzieningen voor een brede basis". Uit de gevoerde gesprekken en onderzoek binnen de betrokken academische ziekenhuizen is duidelijk geworden dat de effectivering van de gewenste uitbreidingen ten behoeve van vastgestelde aantallen te verrichten open hartoperaties ten dele stagneert onder meer vanwege de onvoldoende beschikbare financiële middelen zulks ondanks de invoering van het aparte tarief.

Onze veronderstelling dat het beleid van de centrale overheid door de beschikbare financiële middelen wordt bepaald, vindt niet alleen in deze uitspraken een extra bevestiging. Ook recente ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, door Groot (1979) helder uiteengezet, onderstrepen de juistheid van de eerste hypothese. Gewezen kan worden op maatregelen gericht op het minder laten stijgen van het uitgavenpeil met 2 miljard gulden voor het jaar 1981, zoals bijvoorbeeld de voor- genomen maatregel inzake de eigen bijdrage van de patiënt, (39).

Kostenbeheersing als antwoord op de kostenontwikkeling is nog geen beleidskeuze ten aanzien van de richting waarin de gezondheidszorg in zijn algemeenheid moet gaan en specifieke taken in het bijzonder.

Het vaststellen van tarieven behoort tot de betalingscondities voor verrichte diensten en, hoewel tarieven als zodanig geen deel behoeven uit te maken van een beleid, heeft de vaststelling ervan duidelijk invloed op de beleidsvorming, (40).

### 10.3.2 Voorwaardenscheppend versus voorwaardenstellend

De bewindsman van Volksgezondheid en Milieuhygiëne koppelt de haalbaarheid van het beleid met betrekking tot de uitbreiding van diagnostische- en therapeutische voorzieningen aan de "financiële realiseerbaarheid", (41). Waar de kosten verbonden aan preventie en vroegdiagnostiek direct ten laste komen van de rijksbegroting, dienen de kosten verbonden aan de uitbreiding van de hartchirurgische faciliteiten te worden gebracht ten laste van de ziektekostenpremies. De uitbreiding van de faciliteiten in de niet-academische ziekenhuizen wordt betaald uit de opbrengsten van de verpleegdagen. Het Centraal Orgaan Ziekenhuis-tarieven is de eerst aangewezen instantie die een eventuele tariefsverhoging per verpleegdag als gevolg van kostenstijgingen moet goedkeuren. Voor de academische ziekenhuizen is een oplossing gevonden in een tarief per open hartoperatie. Het doel van dit verrichtingentarief is om uit de opbrengsten van de open hartope-

raties de financiële middelen te mobiliseren, ten behoeve van de uitbreiding van hartchirurgische voorzieningen. Tot deze voorzieningen moeten worden gerekend de personele-, materiële- en ruimtelijke middelen. Met betrekking tot deze problematiek wordt de term 'budgettaire neutraliteit' gebezigd, hetgeen wil zeggen dat uitbreidingen moeten worden betaald uit de opbrengsten.

De praktijk laat echter zien dat verzoeken om personeelsuitbreiding in de academische ziekenhuizen ten behoeve van cardiochirurgie geheel of ten dele niet worden ingewilligd, ofschoon de betaling zal geschieden uit de opbrengsten. De reden hiervan ligt in het 'vermoeden' van de bewindsman dat meer wordt aangevraagd dan strikt noodzakelijk is en dat er sprake is van een inhaaleffect.

In de beleidsformulering van de betrokken departementen is het detaillistische uit de adviezen van de Gezondheidsraad herkenbaar. Niet alleen wordt aangegeven de capaciteit uit te breiden tot een bepaalde limiet, maar ook waar de capaciteit moet komen, wat de omvang van de capaciteit per hartcentrum moet zijn zowel als de benodigde middelen voor de gestelde aantallen open hartoperaties. De departementen stellen de normen vast, op voorstel van de Gezondheidsraad.

De totstandkoming van nieuwe hartchirurgische centra en uitbreiding van hartchirurgische voorzieningen in bestaande centra is onderworpen aan goedkeuringsprocedures in het kader van:

- artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, ofschoon dit artikel (nog) niet van toepassing is verklaard op de hartchirurgische voorzieningen;
- de bouw en inrichting van de hartcentra in niet-academische ziekenhuizen waar advisering is vereist van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Geneeskundige Hoofdinspectie, de Provinciaal Inspecteur van de Volksgezondheid;
- de toestemming tot doorberekening van de kosten in de verpleegtarieven van de niet-academische ziekenhuizen door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven;
- van de financiering, bouw, inrichting en personeelsvoorziening in de academische ziekenhuizen waar goedkeuring is vereist van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

Naast het uitdrukkelijk moeten voldoen aan de specifieke voorwaarden geformuleerd door de verschillende instanties werkzaam op het gebied van de volksgezondheid is een algemene ontwikkeling in gang gezet die erop duidt dat de centrale overheid steeds meer voorwaarden gaat stellen. Onder druk van de kostenstijging in de gezondheidszorg is het, "mede met het oog op de afweging ten opzichte van andere behoeften, van groot belang te kunnen beschikken over instrumenten om de kostenontwikkeling te beheersen", (42).

Deze instrumenten zijn onder meer gevonden in een tweetal wetsontwerpen, namelijk Voorzieningen Gezondheidszorg (43) en Tarieven Gezondheidszorg (44). Een analyse van het eerstgenoemde wetsontwerp leert dat de verantwoordelijke bewindslieden in uiterste consequentie kunnen aangeven waar en hoeveel voorzieningen, individuele dienstverleners en/of instellingen van gezondheidszorg, mogen komen, enzovoorts, (45).

Tenslotte zal de volledige inwerkingtreding van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een instrument in handen geven om, waar hij dit nodig oordeelt, in te grijpen in bestaande voorzieningen binnen de intramurale gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is reeds de beleidsmaatregel ten aanzien van de meer besproken ziekenhuisbedden-norm.

*Daarmee is het naar onze mening juist te stellen dat het beleid van de overheid in de richting is gegaan van het stellen van voorwaarden aan het voortbestaan van bestaande voorzieningen en aan de realisering van nieuwe, (hypothese 2).*

### 10.3.3 Consistentie in het beleid

Het beleid van de verantwoordelijke bewindsman van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is aanvankelijk gericht geweest op de preventie en vroegdiagnostiek. Omstreeks 1974 treedt een accentverschuiving in het beleid op en wordt de aandacht meer en meer gericht op de uitbreiding van diagnostische en therapeutische voorzieningen. De reden hiervan zal in een volgende paragraaf aan de orde komen.

Van een consistent beleid zou sprake geweest zijn indien, voortbouwend op het eerste advies van de Gezondheidsraad (paragraaf 6.2) een samenhangend pakket van beleidsmaatregelen zou zijn genomen op de vijf onderscheiden gebieden als preventie, vroegdiagnostiek, curatieve zorg, secundaire preventie en revalidatie.

De doelstelling aangevende de realisering van de omvang van de hartchirurgische voorzieningen wijzigt voortdurend met de veranderingen in de prognose van de Gezondheidsraad. Daarbij blijft tot aan 1977 de door de betreffende staatssecretarissen na te streven capaciteit voortdurend achter bij de door de Gezondheidsraad geadviseerde streefcapaciteit. Eerst in 1977 wordt het beleid gericht op realisering van een hartchirurgische capaciteit ten behoeve van 5000 - 6000 open hartoperaties zulks "op grond van nieuwe ontwikkelingen", (zie paragraaf 6.11). Echter in de onderbouwing van de prognoses is geen wezenlijke verandering opgetreden. Zij zijn voortdurend volgens hetzelfde procédé tot stand gekomen.

Het voeren van een consistent beleid zou, in de fase van de beleidsvoorbereiding, geleid moeten hebben tot ten minste de volgende overwegingen:

- a. de keuze tussen het in Nederland totstandbrengen van voldoende hartchirurgische capaciteit of patiënten voor het ondergaan van de operatie naar het buitenland zenden;
- b. het in overleg met de E.E.G.-partners streven naar een spreiding van hartchirurgische capaciteit binnen bijvoorbeeld West-Europa;
- c. het ten minste opzetten van een plan inzake de spreiding, omvang en toegankelijkheid van onderzoek- en behandelingsmogelijkheden in Nederland;
- d. de analysering van de voor- en nadelen verbonden aan concentratie of deconcentratie van onderzoekscapaciteit ten opzichte van behandelingscapaciteit.

Ad a. Eerst in 1977 is de keuze gemaakt de hartchirurgische capaciteit in Nederland van een zodanige omvang te maken dat de 'luchtbruggen' overbodig worden. Aan deze beslissing liggen geen kosten-baten-analyses ten grondslag voorzover wij dit hebben kunnen vaststellen. Voornamelijk politieke overwegingen lijken hier beslissend te zijn geweest.

Ad b. Het in overleg streven naar een spreiding van de hartchirurgische capaciteit in Europees verband levert een relatief groot draagvlak voor een aantal grote hartchirurgische centra in West-Europa. Gezien de situatie dat in de jaren vanaf 1976/1977 jaarlijks circa 1000 patiënten buiten Nederland worden geopereerd lijken de nadelen van transport, bezoek aan de patiënten, enzovoorts, niet op te wegen tegen de voordelen van de verkregen hulp.

Ad c. Een tweetal economische beginselen pleiten voor de overweging enkele grote hartcentra te realiseren boven veel kleine centra. Het eerste beginsel betreft een hoge graad van specialisatie (46), zich beperkend tot de cardiochirurgie, dus een verdergaande specialisatie dan de hart-long-chirurgie. Het tweede duidt op het profiteren van de voordelen verbonden aan grootschalige dienstverlening zoals intensief gebruik van onderzoek- en behandelingsfaciliteiten, enzovoorts. Hoewel circa 70 procent van de respondenten van het micro-niveau van een dergelijke grootschalige gespecialiseerde aanpak geen merkbare opvoering van het aantal open hartoperaties verwacht is de uitspraak, gedaan op het macroniveau, "de overheid eist rendement van zijn investeringen" een evidente fingerwijzing. De keuze van de spreiding van de voorzieningen in Nederland is niet een zaak die alleen ter advisering dient te worden voorgelegd aan de Gezondheidsraad. Zowel de Centrale Raad voor de Volksgezondheid als de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging zouden in deze kunnen adviseren. Concentratie van hartchirurgische activiteiten in enkele centra sluit bovendien aan bij voorstellen gedaan door leden van de Eerste Kamer (zie paragraaf 6.9).

Ad d. De analyse van de voor- en nadelen tussen concentratie of deconcentratie van de onderzoekcapaciteit ten opzichte van behandelingscapaciteit is feitelijk nog niet aan de orde geweest.

Het beleid vertoont kenmerken van een korte termijnvisie, waarin besluiten worden genomen zonder dat rationele (47) overwegingen hieraan ten grondslag liggen. *Dat het beleid nog weinig consistent is* (hypothese 3), *is naast het voorgaande ook gebaseerd op een drietal feitelijke omentelingen:*

1. tot aan 1974 wordt formeel een zekere spoed betracht om de geadviseerde maatregelen van de Gezondheidsraad in een beleidsplan om te zetten;
2. gedurende de periode 1974 tot 1977 wordt remmend c.q. restrictief gehandeld ten aanzien van de beoogde capaciteitsuitbreidingen;
3. vanaf medio 1977 wordt de restrictie, te streven naar circa 4000 open hartoperaties, opgeheven.

#### 10.3.4 Consequentie in het beleid

Het beleid zoals dat op het macroniveau tot uitdrukking is gekomen vertoont een aantal inconsequenties, zoals hieronder blijkt.

De Minister en/of Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tonen zich anno 1973 voorstander van verdere uitbouw van de bestaande centra. Overeenkomstig adviezen van de Gezondheidsraad en de Inspectie van de Volksgezondheid is besloten de hartchirurgie in enkele centra niet te hervatten. Omstreeks 1976 is echter wel tegen de adviezen van de Gezondheidsraad in, en afwijkend van de eerder genomen beslissing, toestemming aan enkele ziekenhuizen verleend om de hartchirurgie in het dienstverleningspakket op te nemen. Ook wordt tegen de algemeen geldende tendens in om categorale ziekenhuizen geleidelijk af te stoten (48) een tweetal categorale instellingen betrokken in de capaciteitsuitbreiding. Eén van de beide categorale instellingen wordt anno 1979 de oorspronkelijke goedkeuring weer ontnomen.

De staatssecretaris toont zich aanvankelijk geen voorstander van het installeren van een permanente coördinatiecommissie voor de hartchirurgie, omdat hiermee een extra beleidsbeslissend orgaan wordt ingeschakeld, terwijl hij nochtans de verantwoordelijke man blijft. Evenwel volgt de installering van een dergelijke commissie na het bekend worden van de 'luchtbrug'-plannen van de Hartpatiëntenvereniging.

Met betrekking tot de financiering van de hartchirurgische activiteiten in de academische ziekenhuizen is de keuze voor een apart kostendekkend tarief afwijkend

van de tot dan gebruikelijke financiering van de activiteiten namelijk uit de opbrengst van de verpleegtarieven aangevuld met rijksbijdragen.

Het algemene beleid met betrekking tot de spreiding, toegankelijkheid en samenhang van de voorzieningen door middel van onder meer de regionalisering van de gezondheidszorg (49) impliceert een directe beïnvloeding respectievelijk op langere termijn ombuiging van de verwijspatronen c.q. de patiëntenstromen. De mogelijkheid zulks te doen ligt opgesloten in het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg. Dit lijkt moeilijk te rijmen met het recht van vrije artsenskeuze.

*Daarmee is onze veronderstelling dat het gevoerde beleid op het macroniveau een aantal tegenstrijdigheden of inconsequenties bevat, aangetoond, (hypothese 3).*

#### 10.4 Bureaucratie en professie

Het door ons geformuleerde mesoniveau in de ziekenhuizen is historisch gezien lange tijd gekenmerkt door een coalitiemodel waarin de medicus, zelf 'practiserend', bepaalde welke activiteiten werden ontplooid en welke middelen daarvoor benodigd waren. De andere partners in het coalitiemodel bestonden uit een verpleegkundige en een administrateur.

De laatste moest ervoor zorgdragen dat de materiële middelen werden ingekocht en dat de financiële transacties werden geregistreerd.

Het is nog maar zeer recent dat de professionele manager zijn intrede heeft gedaan op het mesoniveau en geconfronteerd is met een dualistische organisatiestructuur, waarin enerzijds een bureaucratisch systeem en anderzijds een professioneel systeem naast of soms tegenover elkaar functioneert (50). Stolte (1964) merkt op dat het ziekenhuis in de zin van een bureaucratie kan worden gezien "als een rationele, efficiënte rangschikking van functies en functionarissen (statussen), die gekenmerkt is door een hiërarchisch gezag, door arbeidsverdeling op de basis van gespecialiseerde deskundigheid, door systematische regels en door onpersoonlijkheid", (51).

Volgens Stolte (1964) wordt het professionele systeem binnen een ziekenhuisinstelling gekenmerkt door functionarissen die krachtens een bepaald beroep deel uitmaken van een gesloten groep die regels en normen heeft opgesteld ter bescherming van de eigen leden en ter bescherming van hen, die op hun diensten zijn aangewezen.

Beide systemen worden dus gekenmerkt door regels. Er is echter een verschil in de



waardering van de regels.

In een bureaucratisch systeem genieten de regels de hoogste prioriteit. Zij worden binnen de organisatie ten behoeve van het functioneren van de organisatie bepaald. De geschreven regels specificeren de gezagsrelaties en de functies en taken. De controle op de naleving van de regels ligt in handen van de lijnfunctionarissen binnen de organisatie. Macht en gezag ontleen zij aan de regels die ook hun positie specificeren. De integratie van de organisatie wordt bepaald door de rolvervulling van de functionarissen. Het streven de doelstellingen die in het algemeen de doelgerichtheid van een organisatie kenmerken, te realiseren komt in een bureaucratisch systeem eerst als derde prioriteit aan de orde, (52).

De regels binnen het professionele systeem betreffen vooral de standaardisering van de opleiding, training en procedures ten behoeve van de uitvoering van de werkzaamheden (53). Deze regels zijn buiten de organisatie bepaald ten behoeve van het functioneren van de leden van het systeem. De controle op de naleving van de regels ligt in handen van de eigen groep. De regels genieten een lage prioriteit. Daarentegen geldt als hoogste prioriteit de rolvervulling. Een rol waarbij macht en gezag worden ontleend aan de deskundigheid binnen het eigen 'vakgebied', aldus Mintzberg, (1979). De activiteiten binnen het professionele systeem zijn bewust gericht op de realisering van de doelstellingen.

De medische specialist voelt slechts een betrekkelijke binding met de bureaucratische organisatie waarin hij op grond van contractuele bindingen participeert. Deze binding blijft bestaan zolang hij er een geschikt middel in ziet om zijn professionele doeleinden te bereiken, (54). Worden deze doeleinden niet bereikt, dan zal hij zoeken naar wegen om zulks wel te realiseren. Het is daaruit verklaarbaar dat enkele cardiologen en cardiochirurgen met voorbij gaan aan het mesoniveau vanwege het aldaar heersende terughoudende reactiepatroon, zich rechtstreeks hebben gewend tot het macroniveau om de verwezenlijking van hun doeleinden te bewerkstelligen.

We zien derhalve aan de ene kant een beheersorganisatie die zich ten doel stelt de organisatie, in casu het ziekenhuis te doen functioneren overeenkomstig de contractuele verbintenissen onder minimalisering van de kosten. De beheersorganisatie ondervindt daarbij een duidelijke externe dwang in de vorm van normen vastgesteld door het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven en de richtlijnen van de minister(s).

Beleidsplannen komen langzaam van de grond en een zeker opportunisme beheerst de dagelijkse besluitvorming, hetgeen uit hoofdstuk 7 is gebleken.

Aan de andere kant zien we de professionele organisatie waarin een doelbewust

streven is waar te nemen om de patiënt, om wie het uiteindelijk gaat, te onderzoeken en zo goed mogelijk te behandelen. Om deze activiteiten mogelijk te maken wordt het management bij voortduring onder druk gezet faciliteiten hiervoor beschikbaar te stellen.

*Ruimte om een beleid te voeren wordt het mesoniveau te weinig gelaten.*

#### 10.4.1 Druk op het mesoniveau

Ter bespoediging van de besluitvorming inzake het toekennen van de door het microniveau gewenste middelen ter realisering van de capaciteitsuitbreiding tot 250, 400 of meer open hartoperaties, wordt het mesoniveau vanuit twee kanten onder druk gezet. Intern benadrukken cardiochirurgen en cardiologen dat het aantal te verrichten open hartoperaties noodzakelijk is, wijzend op de adviezen van de Gezondheidsraad of erop vooruitlopend!

Intern is ook een contrapressie te bespeuren (geweest) afkomstig van medische staven die vrezen voor een wegzuigeffect van met name de verpleegkundigen ten gunste van de hartchirurgie en een te groot beslag op de collectieve ontvangsten ten behoeve van investeringen en andere uitgaven in het kader van de hartchirurgie.

Dit heeft de druk op het mesoniveau, zij het met een tegengestelde intentie, verhoogd.

Extern ontmoeten besturen en directies in hun pogingen om de benodigde middelen te verkrijgen weerstand op het macroniveau. Daar menen de verantwoordelijke bewindslieden dat onvoldoende de noodzaak is aangetoond van de omvang van de investeringen en de hoogte van de exploitatieuitgaven.

Een drietal, eerder aangegeven, manoeuvres hebben enige wijziging in deze visie gebracht, namelijk:

- . de druk van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging op de desbetreffende departementen;
- . het contact dat is gezocht door microfunctionarissen met kamerleden, die op hun beurt rechtstreeks en via de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid de verantwoordelijke bewindslieden onder druk zetten;
- . het benoemen van mesofunctionarissen in commissies van de Gezondheidsraad, die via adviezen eveneens hun invloed hebben doen gelden op het beleid van de bewindslieden.

Aldus heeft de uitgeoefende druk op de verantwoordelijke bewindslieden geleid tot een zekere toewijzing van middelen met name aan de academische ziekenhuizen.

Een aantal directieleden van de eerder onderscheiden ziekenhuizen heeft geparticipeerd in commissies van de Gezondheidsraad. Ook zij hebben, evenals de verschillende medische specialisten verbonden aan de hartcentra, mede vorm gegeven aan de adviezen van de Gezondheidsraad via de inbreng van de informatie uit het 'eigen' hartcentrum. Op deze wijze heeft dus een tweede vorm van belangensynchronisatie plaatsgevonden. Dit betekent dat in de adviesfase de participatie van belangengroepen in adviescolleges de integratie tussen hen, in dit geval het micro- en mesoniveau, bevordert.

Vanuit het individuele ziekenhuis worden op een directe wijze, namelijk het indienen van de plannen ten behoeve van het microniveau, en een indirecte wijze, namelijk via de adviezen van de Gezondheidsraad, de betrokken bewindslieden voor het nemen van een beslissing benadert.

#### 10.4.2 Beleidsvoering

In de bedrijfseconomie wordt onder beleid verstaan de wijze waarop men in beginsel de hoogste bedrijfsdoelstellingen wil verwezenlijken, (Van der Schroeff, 1968; Drucker, 1970; Ansoff, 1971; Ackoff, 1971; en vele anderen). Er is daarbij niet één doelstelling, maar een reeks van doelstellingen, zoals bijvoorbeeld handhaving van de continuïteit van het bedrijf, handhaving of vergroting van de werkgelegenheid, handhaving of vergroting van het marktaandeel, handhaving of verbetering van de rentabiliteit, ontplooiing van de medewerkers, bevordering van het democratisch functioneren en bevordering van het innovatieproces.

Beleid in bedrijfseconomische zin is daarmee niet afwijkend gebruikt van het begrip uit de context van het overheidsbeleid (Hoogerwerf, en anderen, 1978), (zie blz. 136). In beide begripsaanduidingen staat centraal de formulering van de doelstelling, de keuze van de middelen die ter realisering nodig zijn en het aangeven van de tijdsvolgorde waarin de activiteiten worden ondernomen.

Aan de keuze en de vaststelling van de doelstellingen gaat volgens Simon (1977) en anderen vooraf de fase van de probleemherkenning en formulering. Door hem genoemd de "intelligence activity" (55), gekenschetst als een fase van creativiteit en intensief waarnemen waardoor de problemen juist en helder kunnen worden beschreven. Voor een ziekenhuis kunnen de problemen betrekking hebben op de structuur en processen van de organisatie en in zijn relatie tot de omgeving op het resultaat van de organisatie, (56).

De omgeving vormt een belangrijke factor die een stimulerende, remmende, maar zelden een indifferente invloed kan hebben op de ontwikkelingen in en rondom een ziekenhuis, (57). Een toenemende vergrijzing van de bevolking schept naar verwachting een vraag naar specifieke faciliteiten vanwege verhoogde risico's met betrekking tot bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, urologische ziekten en oncologische aandoeningen, (58). Herkenning van deze problematiek zal in het algemeen leiden c.q. moeten leiden tot een aanpassing van de soorten dienstverlening.

De vraag naar meer voorzieningen voor de open hartchirurgie is door slechts één ziekenhuis tijdig onderkend. In de overige ziekenhuizen heeft de noodzaak tot het creëren van meer voorzieningen lange tijd alleen op het microniveau geleefd. Het mesoniveau heeft te weinig oog voor de ontwikkelingen in de omgeving. Dat is bijvoorbeeld ook waar te nemen in de regionalisatietendens, waarbij sprake zal zijn van een verdeling of mogelijk een herverdeling van taken over de ziekenhuizen binnen een bepaald gebied. Afspraken tussen ziekenhuizen in een regio om te komen tot bijvoorbeeld in eerste aanleg een meldingsplicht ten aanzien van het entameren van nieuwe activiteiten of uitbreiding van bestaande activiteiten zijn aanvankelijk ontlopen, (59). De angst in de concurrentiepositie te worden aangetast is hieraan niet vreemd. In deze lijn zijn ook te plaatsen de overwegingen in verschillende ziekenhuizen die hebben geleid tot het indienen van plannen de open hartchirurgie in het functiepakket op te nemen, om zo onder de dreiging van de 'vier promille norm', het voortbestaan van de eigen instelling veilig te stellen. Indien deze plannen onderdeel uitmaken van een integraal beleidsplan, dat inhoudt een opstelling van de richtlijnen van toekomstige actie en het coördineren van de voor deze actie vereiste middelen gericht op de verwezenlijking van de doelstellingen, (60), dan achten wij het indienen ervan een gerechtvaardigde zaak. De praktijk leert echter, dat er meestal sprake is van een op zichzelf staand plan waarvan de consequenties voor de bedrijfsvoering in het ziekenhuis als geheel niet zijn overzien.

Hoewel enkele ziekenhuizen in het stadium zijn aangekomen waarin doelgerichte beleidsplannen zijn opgesteld, (61), vindt in de meeste ziekenhuizen een opportunistische bedrijfsvoering plaats. *Een bedrijfsvoering die is gekenmerkt door het afwegen van de aanvragen van het microniveau ten opzichte van elkaar binnen de financiële vergoedingsmogelijkheden*, gecreëerd door de ziekenfondsen en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Voor wat betreft de academische ziekenhuizen vindt de afweging plaats binnen de budgettaire mogelijkheden gecreëerd door het Departement van Onderwijs en Wetenschappen.

### 10.4.3 Balkanisering

De verbijzondering binnen de geneeskunde en de formele erkenning van de verbijzondering leidt binnen de geneeskunde tot herkenbare gesloten blokken. De consequentie voor de ziekenhuizen is het optreden van machtsgroepen die hun invloed aanwenden om de eigen specifieke wensen gehonoreerd te krijgen, zonder dat rekening wordt gehouden met de wensen van andere disciplines. In een periode, dat er sprake is geweest van een relatieve overvloed aan financiële middelen is dit verschijnsel van concurrerende participatie nauwelijks opgevallen noch heeft dit reden tot ongerustheid gegeven.

In een periode van relatieve schaarste aan financiële middelen is een andere situatie ontstaan. Evident blijkt dan dat de medicus practicus zich niet erg inlaat met vraagstukken van schaarste in materiële en immateriële zin. Stolte (1969) zegt hiervan:

"his training has not made him familiar with the problems of scarcity of means and manpower involved and with the necessity of the setting of priorities", (62).

Enkele van de door de Gezondheidsraad voorgestelde maatregelen verborgen een 'vliegwieleffect' in zich. De erkenning van het specialisme cardiopulmonale chirurgie heeft geleid tot een autonome opstelling van de cardiochirurgen ten opzichte van de overige medische disciplines en ten overstaan van directies en besturen. Binnen de betrokken instelling ontstond daardoor een toegenomen balkanisering of blokvorming, onder meer tot uitdrukking komend in plannen ter realisering van de eigen wensen. Ook op het macroniveau heeft de erkenning tot hetzelfde effect geleid. De erkenning had tot gevolg dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiopulmonale Chirurgie de extra-parlementaire pressie kon versterken. Naast de erkenning heeft de realisering van een apart tarief voor de open hartchirurgie in de academische ziekenhuizen geleid tot een versterkend effect op beoogde capaciteitsuitbreidingen met wellicht een majorerend karakter.

Met betrekking tot dit ten gevolge van de erkenning tot zelfstandig specialisme te voorziene effect is tevoren geen overleg gepleegd tussen besturen en directies van ziekenhuizen en de Minister van Onderwijs en Wetenschappen. De voortgaande deelspecialisering bemoeilijkt de coördinatie tussen afzonderlijke specialismen hetgeen vooral tot uitdrukking komt in de problemen bij toewijzing van de middelen over de vele per specialisme ingediende aanvragen.

#### 10.4.4 Integratie

De problematiek van de per afdeling gewenste uitbreidingen en de goedkeurings- en allocatie procedures bevorderen de vorming van de machtsblokken in de ziekenhuizen. De wens de eigen afdeling zo goed mogelijk te laten functioneren werkt dit in de hand. Alleen daar waar de belangen gesynchroniseerd zijn en het eindresultaat afhankelijk is van de deelresultaten bestaat c.q. ontstaat de mogelijkheid tot integratie van het beleid. Dit doet zich voor bij de Cardiologie en de Cardiopulmonale Chirurgie. Er is een duidelijke afhankelijkheidsrelatie tussen deze medische specialismen, aangegeven door de koppeling van de diagnostische en therapeutische activiteiten. De cardioloog indiceert immers de chirurgische ingreep.

Voor de meeste afdelingen bestaat de direct herkenbare belangensynchronisatie niet hetgeen ook weer naar voren treedt bij de verdeling van de middelen. De directie blijft permanent geconfronteerd met categorale beleidsgebieden, naast elkaar wedijverend, waarbij integratie van het beleid nog slechts kan worden bereikt met het instrument van de begroting.

De desintegratie wordt verder versterkt door de wens ook specifieke anaesthesie, radiologie, laboratoriumonderzoek, technische ondersteuning volledig ten dienste van de hartchirurgie te stellen, waarbij deze specifieke ondersteunende diensten worden losgemaakt van de desbetreffende ziekenhuisafdelingen.

#### 10.4.5 Afweging van de middelen en de mogelijkheden

In de ziekenhuizen is permanent actueel het vraagstuk van het toewijzen van de financiële middelen aan de afdelingen. Periodiek komt de directie van een ziekenhuis voor de beslissing te staan aanvragen om meer personeel, materiële middelen en/of ruimtelijke uitbreidingen in te willigen.

Voor de niet-academische ziekenhuizen leidt dit 'meer' tot een aantal mogelijke consequenties.

Ten eerste indien de gevraagde personeelsuitbreidingen binnen de normen van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven vallen, zal intern worden nagegaan of de eruit resulterende kostenverhogingen kunnen worden vergoed uit de opbrengsten. Een onderhandelings situatie ontstaat dan tussen de directie en de verschillende aanvragers. Wat voor personeelsuitbreiding geldt, geldt voor materiële gebruiksmiddelen mits deze niet vallen onder artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Ten tweede indien additioneel verlangde personele en/of materiële middelen lei-

den tot kostenverhoging, die niet volledig uit de opbrengsten kunnen worden voldaan, dan zal een tariefswijziging noodzakelijk zijn. Hiervoor zal het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven toestemming moeten verlenen. Ook in deze situatie ontstaat een onderhandelingsproces tussen directie en aanvragers intern en tussen directie en Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven extern over de redelijkheid en noodzakelijkheid. Vallen de aangevraagde uitbreidingen onder artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen dan dient eerst nog goedkeuring te worden verkregen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid of de Gezondheidsraad en Gedeputeerde Staten van de provincie waarin zich de voorziening bevindt, waarna van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven toestemming nodig is om eventuele tariefsaanpassingen te mogen verrichten. Uiteindelijk is het de minister die de plannen al dan niet goedkeurt.

Voor de academische ziekenhuizen is de situatie al niet eenvoudiger. In de periode van de jaarlijkse begrotingsbesprekingen dienen de afdelingen aanvragen in voor uitbreidingen van personeel, apparatuur en andere materialen en soms tijds ruimtelijke uitbreidingen.

De directie ontvangt deze aanvragen en beoordeelt hen. Voor wat betreft de medische-, medisch-technische, paramedische en verpleegafdelingen betekent de beoordeling veelal dat wordt nagegaan hoe het uitgavenpatroon van de betrokken afdeling in het verleden ligt en welke ontwikkelingen de betrokken functionarissen verwachten. Afhankelijk van het oordeel dat men zich heeft gevormd kan het zijn dat de aanvragen in deze fase reeds geheel of gedeeltelijk worden afgewezen. De overige eventueel gecorrigeerde aanvragen worden vervolgens per afdeling in een totaaloverzicht opgenomen, waarin ook de 'normale' uitgaven per afdeling en de verwachte opbrengsten als de jaarlijkse begroting ter fiattering wordt voorgelegd aan het bestuur van het academisch ziekenhuis.

De volgende fase is dat de begroting ter goedkeuring aan de Minister van Onderwijs en Wetenschappen wordt gezonden die in de aangevraagde hoeveelheden vaak aanleiding ziet om minder te verstrekken dan is verzocht. Andermaal wordt de directie gedwongen tot een reallocatieprocedure die alle kenmerken vertoont van een beleidsvoering volgens het principe van het "disjointed incrementalism", (63).

De kern hiervan is dat niet meer over doelstellingen en de keuze daarvan wordt gesproken, maar uitsluitend over de middelen wordt onderhandeld. Het behoeft geen verbazing dat dit overheidsbeleid een majorering van aangevraagde middelen op het microniveau uitlokt in de hoop datgene te ontvangen wat minimaal benodigd wordt geacht om te kunnen functioneren. Bij gebrek aan een duidelijk intern beleid dat zich uitstrekt over een middellange tot lange termijn, zal de directie jaarlijks geconfronteerd blijven met deze 'koehandel'.

De als noodzakelijk geachte uitbreidingen voor de open hartchirurgie ondervindt hiervan dezelfde gevolgen als andere afdelingen. De situatie dat de emotionele sfeer bij de open hartchirurgie sterker op de voorgrond treedt dan bij andere aandoeningen doet dan de balans van het toewijzingsbeleid ten koste van andere afdelingen doorslaan ten gunste van de open hartoperaties.

#### 10.4.6 Budgetten en normen

Jaarlijks dienen de academische ziekenhuizen bij de Minister van Onderwijs en Wetenschappen hun begroting in, waarin zijn opgenomen de geschatte uitgaven in verband met de bedrijfsuitoefening en een schatting van de opbrengsten die bestaan uit inkomsten voor verrichte diensten en verpleegdagen. Het nadelig verschil tussen uitgaven en inkomsten wordt in de vorm van een rijksbijdrage door de overheid aan de academische ziekenhuizen verstrekt. Deze bijdrage bevat in principe de vergoedingen voor onderwijs- en researchactiviteiten. De bijdragen worden verstrekt nadat de begroting, waarin onder meer aantallen personeelsformatieplaatsen zijn opgenomen door de minister is gefiatteerd. Voor de niet-academische ziekenhuizen gelden normen ten aanzien van aantallen verpleegkundigen per bezet bed, aantallen naar ratio van omzet enzovoorts. Op deze normen zijn onder meer de vergoedingen voor de verpleegdagen gebaseerd. Uitbreiding van het aantal personeelsformatieplaatsen behoeft voor deze categorie ziekenhuizen daarom de goedkeuring van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven.

De rem op de kostenontwikkeling en de volumegroei betekent een kwantitatieve limitering van de personele middelen in alle categorieën ziekenhuizen.

De voor de hartchirurgen additioneel benodigde personeelsleden moeten sedert de invoering van het aparte verrichtingentarief voor de open hartoperatie in de academische ziekenhuizen worden gefinancierd uit de opbrengsten van de operaties.

De realisering van een apart tarief voor open hartoperaties bracht voor de niet-academische ziekenhuizen geen verandering teweeg. Voor de academische ziekenhuizen vormt het aparte tarief een fundamentele verandering in het financieringssysteem en het functioneren. Het is daarom onjuist, wanneer wordt opgemerkt dat het geen verschil maakt of de financiering geschiedt vanuit de overheidsbijdrage dan wel vanuit de tarieven, (64). Empirisch is vastgesteld dat personeelsuitbreiding die binnen de budgettaire goedkeuringsprocedure valt, onder invloed van de vigerende bezuinigingspolitiek van de regering slechts zeer moeizaam wordt verkregen. De invoering van een apart verrichtingentarief voor de open hartchirurgie maakt het in principe mogelijk uitbreiding van per-



sonele-, materiële en ruimtelijke middelen te financieren uit de opbrengst van de verrichte open hartoperaties.

De totstandkoming van de aparte tarifiering voor de open hartoperaties versterkt de categorale beleidsvoering. Mogelijkheden de problematiek van het hart- en vaatlijden in de curatieve sector tot een oplossing te brengen, worden nog slechts in overweging genomen voorzover ten behoeve van de financiering kan worden geput uit de opbrengsten van de verrichtingen.

Na hetgeen in de voorgaande paragrafen is geëvalueerd, inzake de druk op het mesoniveau, zowel uitgeoefend door het microniveau als door het macroniveau, het effect van balkanisering en verkokering, de problemen rondom de toewijzing van de financiële middelen, het vaststellen van de rijksbijdragen voor de academische ziekenhuizen, het vaststellen van normen voor aantallen operaties en tarieven en het door de overheid in toenemende mate gecreëerde voorwaardenstellende klimaat, mag worden geconcludeerd dat het *functioneren van het mesoniveau de resultante is van het 'initiatief' van het microniveau en de gestelde voorwaarden van het macroniveau*, (hypothese 6).

#### 10.5 De tijdsfactor

De dimensie tijd vervult een rol van betekenis in de verwezenlijking van het beleid. De tijdtabel in schema 6.1.1 en de tijdbalk in schema 6.2.2 illustreren op aansprekende wijze de tijd die verloopt tussen het uitbrengen van een beleidsvoorbereidend advies en het afkondigen van een beleidsbesluit.

De eerste nota, waarin de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Onderwijs en Wetenschappen hun beleid inzake de capaciteitsaanpassing bekend maken dateert van september 1976.

Gedurende de gehele periode daaraan voorafgaand zijn geen duidelijke stappen genomen waaruit blijkt dat zal worden gestreefd naar een aanpassing van het specifieke voorzieningenpeil overeenkomstig de geuite wensen.

Daarna duurt het ruim een jaar voordat de eerstgenoemde staatssecretaris besluit de capaciteit op te voeren tot 6000 open hartoperaties per jaar.

Inmiddels worden ultimo 1977 nog geen 2500 operaties uitgevoerd. Een aantal dat een jaar later tot bijna 3000 is gestegen. Met de benutting van de beschikbare capaciteit zal in 1980 het gewenste peil van 6000 operaties zeker niet zijn bereikt.

De realisering van het beleid ondervindt ook op het mesoniveau een vertraging die voor een deel wordt verklaard door de restrictieve opstelling ten departemente. De voorwaarden waaraan op het mesoniveau moet worden voldaan om de uitvoering van het beleid mogelijk te maken worden niet of langzaam geconcretiseerd vooral in termen van personele middelen. Voor de academische ziekenhuizen meent men dan een oplossing te hebben gevonden in de eerder beschreven "budgettaire neutraliteit". Personeel mag worden aangetrokken onder de conditie van "self supporting".

Er lijkt sprake te zijn van een bewuste vertragingstactiek mede in verband met het effect van de volume-uitbreiding op de kosten van de gezondheidszorg in totaliteit. Aannemende dat de tarieven de werkelijke kosten verbonden aan een open hartoperatie representeren dan betekent een uitbreiding met 500 operaties à f 25.000,00 gedurende 1978 een kostenverhoging van 12,5 miljoen gulden voor één groep van activiteiten. Daarnaast kan deze specifieke volume-aanpassing elders volume-uitbreidingen met zich brengen met aansluitend kostenstijgende werking.

De afwachtende houding van besturen en directies van ziekenhuizen is evenmin bevorderlijk geweest voor het streven een bepaalde capaciteit binnen een zekere termijn te realiseren. Een verklaring voor deze attitude is zonder twiifel dat men onvoldoende kan overzien wat de consequenties zijn van een forse capaciteitsuitbreiding voor de organisatie van het ziekenhuis als geheel. Daarbij komt nog de oorspronkelijke afwijzende houding van de medische staf in verschillende ziekenhuizen.

Tenslotte is er de tijdsfactor welke van belang is in de fase liggend tussen de beslissing de uitbreiding te realiseren en de feitelijke realisatie. Deze is in een bestaand functionerend hartcentrum van minder overheersende betekenis dan in een nieuw op te zetten centrum. Voor een ziekenhuis waar bekendheid met de organisatorische en implementatieproblemen bestond heeft het nog altijd twee jaar geduurd voordat de eerste operatie een feit was.

Inmiddels is de tijd de ontbindende voorwaarde voor het ziekenhuis 'Zonnestraal' om een hartcentrum te starten, geworden. De Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft de beslissing terzake, genomen door haar voorganger, ongedaan gemaakt, (65).

*De veronderstelling (hypothese 8) dat de dimensie "tijd" bij de totstandkoming en uitvoering van het beleid een indicator van essentiële betekenis is, behoeft naar onze mening geen verdere toelichting. Haast bij de realisering van een on-*

derzoek- en behandelingscapaciteit voor 5000 - 6000 operaties lijkt minder geboden sedert het bewuste bericht inzake het hier en daar 'opdrogen' van de wachtlijsten.

## Noten hoofdstuk 10

1. Meer, G. van der : Arts en jurist : een samenspel van overeenkomsten, verschillen en onzekerheden; Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Samsom, 1978, no. 2, maart/april, p. 45.
2. Stolte, J.B. : Naar nieuwe vormen; Ons Ziekenhuis, jrg. 28, no. 2, february 1966, p. 41.
3. Freidson, E. : Professional dominance - the social structure of medical care; Aldine Publishing Company, Chicago, second edition, 1974, p. 146.
4. Damen, P.C. en W.J.F.I. Nuyens : De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg - feiten en visies; De Tijdstroom, Lochem, 1976, p. 52 e.v.
5. Vries, J.A. de, G.E. van Zanen en P.A. Voûte : Toekomst van de kinderoncologie in Nederland - 1975; "Acca" Offset BV, Heerhugowaard, 2e herziene druk, november 1975.
6. Tweede Kamer der Staten-Generaal : Kankerbestrijding, zitting 1978-1979. - 15.426, nr. 1, 27 december 1978, p. 1-13.
7. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Nota Kankerbestrijding, Leidschendam, kenmerk BSG 41.061, 8 maart 1979, p. 1-20.
8. Wiebenga, A.H. : Enkele aspecten van de specialist in de gezondheidszorg in het algemeen en in het ziekenhuiswezen in het bijzonder; Het Ziekenhuis, jrg. 2, 1972, nr. 2, p. 80.
9. Mintzberg, H. : The structuring of organizations; Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1979, p. 352.
10. Illustratief hiervoor is de indeling die wordt gehanteerd in "De arts als patiënt", onder redactie van E.H. Hermans, verschenen bij Stafleu, te Leiden, 1972.
11. K.N.M.G. : Erkenning en registratie van medische specialisten, uitgave 1979, p. 11.
12. K.N.M.G. : Erkenning en registratie van medische specialisten, uitgave 1979.
13. Collegium Chirurgicum Neerlandicum : Rapport van de studietoelichting heelkundige specialismen; 26 oktober 1972.
14. Jong, L.P. de : Ziekenhuiskosten en Ziekenhuistarief; Agon Elsevier, Amsterdam, 1967, p. 43 e.v.
15. Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie : Memorandum Erkenning Specialisme Cardio-Pulmonale of Hart-Longchirurgie; Groningen, 30 november 1972.
16. Nationaal Ziekenhuisinstituut : Medische specialisten in Nederland, 1972-1977; Ziekenhuiscentrum, Utrecht, nr. 78.149, november 1978, p. 24.
17. Opgave verstrekt door de Specialisten Registratie Commissie.
18. Spencer, F.C. : Deductive reasoning in the lifelong continuing education of a cardiovascular surgeon; Arch. Surg. - vol. 111, November 1976, p. 1182.  
In verschillende ziekenhuizen zijn aan de onderzoeker protocollen ter inzage verstrekt.

19. Vries Robbē, P.F. de : Medische besluitvorming, een aanzet tot formele geneeskunde; dissertatie; Groningen, 14 juni 1978.
20. Tweede Kamer der Staten-Generaal : zitting 1976-1977 - 12.261, nr. 3 : Hartchirurgie, brief van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen, d.d. 20 september 1976.
21. Stolte, J.B. : Vraag naar en aanbod van gezondheidszorg en ziekenhuisdiensten; Ziekenhuiswezen, 1965, p. 131.
22. Hoogerwerf, A., e.a. : Beleid belicht 1, sociaal wetenschappelijke beleidsanalyse; Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn, 1972, p. 84.
23. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid : Volksgezondheidsnota 1966; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1966, p. 100.
24. Simon, H.A. : De besluitvorming in de organisatie; J.H. de Bussy, Amsterdam, 1967, p. 106, e.v.
25. Zie 23 : t.a.p., p. 10.
26. Incidentie is de "frequentie van nieuwe gevallen van een bepaalde aandoening in een bepaalde populatie in een bepaald tijdsverloop", uit : M.K. de Soto-Hartgerink : Epidemiologie van ischaemische hartaandoeningen; Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde - Wolters/Noordhof, N.V., Groningen, 1968, p. X.
27. Voor de betekenis van het begrip en toepassing van de epidemiologie als wetenschap hebben wij gebruik gemaakt van F. Sturmans : Epidemiologie en medische statistiek; Dekker & Van de Vegt, Nijmegen, 1975.
28. Timmers, J. : Cardiorespiratoire bevindingen bij een groep mannelijke werknemers; Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde - T.N.O.; Wolters N.V., Groningen, 1969.  
Groustra, F.N. : An epidemiological study of ischaemic heart disease in a dutch rural community.
29. Does, E. van der en J. Lubsen : Acute coronary events in general practice - the imminent myocardial infarction; Rotterdam study; Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 27 januari 1978.
30. Meyler, F.L. : Coronaria-chirurgie in Nederland; Ned. T. voor Geneeskunde, jrg. 120, nr. 35, 1976, p. 1500-1502.
31. Simon, H.A. : 1967, t.a.p., p. 89 e.v.
32. Mulder, M. : Omgaan met macht, ons gedrag met elkaar en tegen elkaar; Elsevier, Amsterdam, 1977, p. 65 e.v.
33. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1977-1978 - 12.261, nr. 5, december 1977, p. 6-10.
34. Hartbrug, kwartaalblad van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, 1e jrg., nr. 3, augustus 1978, p. 13.
35. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974, p. 34.
36. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Financieel overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982, nr. 1, september 1977, p. 4 e.v.

37. Commissie Van den Beld : Interim-rapport van de stuurgroep onderzoek tarief-structuur academische ziekenhuizen; oktober 1974, (commissie onder voorzitterschap van Prof. Dr. C.A. van den Beld).
38. Werkgroep Groot : Rapport van de Werkgroep Globale Kostenanalyse Academische Ziekenhuizen, 22 april 1974 (commissie onder voorzitterschap van Prof. Dr. L.M.J. Groot).
39. Groot, L.M.J. : Gezondheidszorg en bestek '81; Economisch Statistische Berichten, 64e jrg., 13 juni 1979, p. 572 e.v.
40. Preston, Thomas A. : Coronary Artery Surgery : a critical review; Raven Press, New York, 1977, ch. 9.
41. Tweede Kamer der Staten-Generaal : zitting 1972-1973 - 12.261, nr. 1, d.d. 12 februari 1973, p. 1.
42. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Structuurnota gezondheidszorg 1974, p. 7.
43. Tweede Kamer der Staten-Generaal : zitting 1976-1977 - 14.181, nrs. 1-4 : Regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg), oktober 1976.
44. Tweede Kamer der Staten-Generaal : zitting 1976-1977 - 14.182, nrs. 1-3 : Regelen met betrekking tot de tarieven van organen voor gezondheidszorg (Wet Tarieven Gezondheidszorg), oktober 1976.
45. Op verzoek van het 'Comité Tandheelkunde Vrij Beroep' is door een 'Bureau' voor advocaten en procureurs, te Leiden, een analyse verricht van de 'Wet Voorzieningen Gezondheidszorg' en de 'Wet Tarieven Gezondheidszorg', d.d. 14 december 1976.
46. Taylor, F. : Scientific Management; in : D.S. Pugh : Organization theory; Penguin Modern Management Readings, London, 1974, p. 124-146.
47. Zie o.m. : Koch, K. : Rationaliteit en rationeel gedrag : definitie en hypothese, Acta Politica, jrg. XI, 1976, nr. 3, p. 312-364.  
Doel, J. van den : Economie en democratie in het staatsbestuur; Kluwer, Deventer, 1973.
48. Zie de adviezen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake ziekenhuissituaties in verschillende regio's.
49. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Structuurnota Gezondheidszorg 1974, p. 6 e.v.
50. Freidson, E. : Professional Dominance; Aldine Publishing Cy., Chicago, 1974, p. 81 e.v.  
Mintzberg, H. : The structuring of organizations; Prentice-Hall, inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1979, p. 348, e.v.
51. Stolte, J.B. : Taak en functie van de medische staf in het ziekenhuis; Ons Ziekenhuis, juli 1964, jrg. 26, no. 7, p. 259.
52. Zie o.m. : Hills, R.J. : Toward a science of organization; University of Oregon Press, 1968.  
Perrow, C. : Organizational analysis; Social Science Paperbacks, Tavistock Publications, 1971, p. 50 e.v.
53. Mintzberg, H. : 1979, t.a.p. : hoofdstuk 19.

54. Stolte, J.B. : Arts en samenleving, de organisatorische positie van de medische specialist in het nederlandse algemene ziekenhuis; Ned. T. voor de Geneeskunde, jrg. 112, nr. 4, januari 1968.
55. Simon, H.A. : The new science of management decision; revised edition; Prentice-Hall, inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1977, p. 40-41.
56. Georgopoulos, B.S. : Organization research on health institutions; Ann Arbor University of Michigan, 1972, p. 84 e.v.
57. Hall, R.H. : Organizations, structure and process; Prentice-Hall, London, 1974, ch. 10.
58. Koning, P.C.J. en A.H. Wiebenga : Strategische beleidsvorming in ziekenhuizen; Intermediair, 14e jrg., nr. 3, 20 januari 1978.
59. Ervaringen met een samenwerkingsverband in de gezondheidszorg.
60. Schroeff, H.J. van der : Leiding en organisatie van het bedrijf; vierde, bijgewerkte druk; N.V. Kosmos, Amsterdam, 1974, p. 80.
61. Greve, W.B. de : Ziekenhuismarketing en strategische beleidsvoering - twee nieuwe gedragslijnen; Het Ziekenhuis, nr. 5, 7 maart 1979, p. 122.
62. Stolte, J.B. : The problem of integrating the medical profession in the organization of the hospital; Het Ziekenhuiswezen, 1969, no. 8, p. 308.
63. Braybrooke, D. and C.E. Lindblom : A strategy of decision, policy evaluation as a social process; third edition, The Free Press, New York, 1969.
64. Al, C.J. : Het Ziekenhuis : een plan voor verandering; Van Lochem-Slaterus, Deventer, 1977, p. 19.
65. N.R.C.-Handelsblad van 20 april 1979.

## 11. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 11.1 Interactie op drie organisatieniveaus

Het oorspronkelijke uitgangspunt voor ons onderzoek is geweest het verkrijgen van inzicht in en het zoeken naar verklaringen voor de structuur en het functioneren van de ziekenhuisorganisaties. Daartoe is in een eerder stadium vanuit een gesloten vraagstelling gezocht naar verklaringsgronden binnen en buiten het ziekenhuis. Pogingen om een aantal structuurbepalende variabelen te operationaliseren en te kwantificeren zijn toen gestrand.

In het onderhavige onderzoek is vanuit een open vraagstelling gezocht naar verklaringsgronden voor structuur en functioneren van ziekenhuisorganisaties. Bij dit onderzoek zijn de resultaten van verschillende fasen van het onderzoek koersbepalend geweest voor de voortgang van de aansluitende stappen.

Doelstellingen van het ziekenhuis geven richting aan de activiteiten die ter realisering van de doelstellingen in en buiten het ziekenhuis worden angewend. Het kiezen en vaststellen van doelstellingen behoort tot het proces van beleids- en besluitvorming. Door dit proces te beschrijven, te analyseren en gedeeltelijk te verklaren aan de hand van een casus, is inzicht verkregen in de structuur van de beleidsvorming. Een beleidsvorming die niet beperkt blijft tot de ziekenhuisorganisaties.

Deze structuur toont de interactie tussen drie organisatieniveaus te weten het micro- of uitvoerende niveau, het meso- of managementniveau en het macro- of beleidsniveau. Op ten minste twee raakvlakken vindt een ontmoeting plaats tussen verschillende systemen van besluitvorming. Het eerste raakvlak toont de confrontatie van het uitvoerende- en het managementsysteem, terwijl het tweede de confrontatie toont van het managementsysteem met het beleids-systeem.

In het uitvoerende systeem staat de activiteit rondom de patiënt centraal. Beslissingen hebben betrekking op de onderzoek- en behandelingscyclus. In het managementsysteem staat centraal de beslissing over de aanwending van de financiële middelen. Op het beleidsniveau ligt de eindverantwoordelijkheid voor de keuze en vaststelling van de doelen. Een keuze die tot stand komt onder invloed van maatschappelijke en politieke pressie, (1), en financiële mogelijkheden.



De analyse van het beleid met betrekking tot de bestrijding van hart- en vaat-ziekten toont een interactie op drie niveaus. De organisatieliteratuur, die handelt over ziekenhuisorganisaties, beperkt zich in zijn analyse tot de interactie tussen micro- en mesoniveau, (2). Voorzover de omgeving als mogelijk derde niveau in de analyse wordt betrokken handelt deze over demografische ontwikkeling en -situatie van een gebied, cultuurpatronen, economische bronnen, niveau van gezondheid, medische voorzieningen, medische technologie en input van ziekenhuizen - zoals bijvoorbeeld patiënten, personeel, leveranciers, know how, techniek, enzovoorts. Andere variabelen die ter verklaring van ziekenhuisorganisaties object van studie zijn hebben betrekking op het doel, de functies en de taakstructuur van het ziekenhuis, de interne complexiteit en de coördinatie en het beheer, (3). Outputvariabelen zoals bijvoorbeeld de effectiviteit van de zorg, waaronder is te verstaan de kwaliteit en toegankelijkheid, de efficiëntcy van de dienstverlening en de satisfactie van patiënten en personeel, worden eveneens als verklarende variabelen gehanteerd.

Met betrekking tot de bestrijding van hart- en vaatziekten hebben wij aangetoond dat de interactie op de onderscheiden drie organisatieniveaus richting geeft aan de vaststelling van de doelstellingen naar aard en kwantiteit en de keuze van de middelen.

Bestudering van ziekenhuisorganisaties vanuit de optiek van de beleidsvorming levert binnen de organisatiwetenschap een bijdrage aan het vinden van verklaringen voor structuur en functioneren van ziekenhuisorganisaties.

Diverse studies betreffen beschrijvingen en analyses van activiteiten van overheid (Hoogerwerf, e.a., 1978; Kooiman, 1976; Berg, 1975, 1979; Dror, 1973; Scholten, 1972; en anderen) en particuliere bedrijven (Etzioni, 1977; Massie, 1971; Drucker, 1970; Simon, 1967; en anderen) onder meer om te komen tot conceptualisering en operationalisering van beleid, beleidsontwikkeling en beleidsprocessen. Analyse en verklaring van beleidsprocessen lijkt steeds meer tot het studieterrein te behoren van de bestuurswetenschappen, (4). Voorzover wij hebben kunnen inventariseren beperkt het studieterrein zich tot de niveaus van de centrale en lagere overheden en de interactie tussen beleid en uitvoering, (5).

De rol van het mesoniveau in het algemeen en die van het managementniveau in de gezondheidszorg in het bijzonder is buiten beschouwing gebleven, hoewel nochtans dit niveau als een belangrijk bestanddeel in de beleidsvorming kan worden beschouwd. Daarom zal het ook binnen de bestuurswetenschappen moe-

ten worden betrokken in het proces van voortgaande operationalisering van het aangeduide begrippenarsenaal, explicitering van het interactiekader en eventuele implementatie van resultaten voortgekomen uit wetenschappelijk onderzoek.

Zolang organisatiwetenschap zijn terrein blijft beperken tot de bestudering van organisaties als zodanig en bestuurswetenschap zich vrijwel uitsluitend toelegt op bestudering van de beleidsvorming binnen overheden, zal er een lacune blijven, namelijk het terrein waarop beide systemen interfereren. Zeker wanneer men bedenkt dat er in de toekomst een sterke groei is te verwachten van overheidsmaatregelen met betrekking tot particuliere instellingen, waartoe ook circa 90 procent van de ziekenhuisinstellingen mogen worden gerekend.

#### 11.2 Tegenwichtzoekende krachten

Op het microniveau vindt de besluitvorming plaats op overwegingen van medische aard. De handelingen worden gecoördineerd via de patiënt. Waar in de 'consumptieve sfeer' de consument de keuze heeft uit alternatieve en substitueerbare goederen, en afhankelijk van de prijs de keuze heeft tussen wel of niet kopen en daarbij het tijdstip van aankoop zelf bepaalt, bestaat voor de patiënt/consument deze keuzemogelijkheid niet. Daarvoor ontbreekt het hem in het algemeen aan voldoende kennis over aard en samenstelling van het omvangrijke en ondoorzichtige assortiment zorgmogelijkheden. Daarom zal de patiënt/consument zich in het algemeen conformeren aan het door de medicus uitgestippelde beleid.

Het gebrek aan beoordelingsmogelijkheden is hierom zo belangrijk, omdat het vermogen van de consument om te kiezen een regulerend effect heeft op kwaliteit en kwantiteit van het aanbod van goederen c.q. diensten. Met betrekking tot het dienstenpakket van een ziekenhuis bestaat deze regulerende werking van de zijde van de patiënt niet.

De uit de patiëntenzorg resulterende beleidsvoorstellen hebben voornamelijk nog betrekking op de middelen waarmee de doelstellingen dienen te worden gerealiseerd. De formulering van de doelstellingen wordt naar aard en kwantiteit op het uitvoerende niveau door de bij de patiëntenzorg betrokken medische specialisten tot stand gebracht.

De door de doelstellingen bepaalde richting van handelen wordt binnen het

ziekenhuis door het mesoniveau niet veranderd. Hooguit wordt onder invloed van de beschikbare financiën de kwantiteit van de benodigde middelen aangestapt. De situatie dat het uitvoerende niveau in een ziekenhuisorganisatie het beleid bepaalt verschilt fundamenteel van bijvoorbeeld industriële en handelsorganisaties, waar het beleid juist door het mesoniveau wordt bepaald.

Met betrekking tot de beleidsvorming inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten, ontbreken op het macroniveau eveneens krachten die een contra-expertise afdwingen. Dit op drie organisatieniveaus bestaande gebrek aan tegenwicht is een uniek gebeuren.

Het gebrek aan tegenwichtzoekende krachten, in de Engelstalige literatuur bekend onder de term 'countervailing power', dient als een belangrijke waarschuwing aan de bewindsman van Volksgezondheid, in zijn pogingen het volume van gezondheidszorgdiensten te beheersen.

Ook het mesoniveau moet zich afvragen wat op langer zicht de consequenties zullen zijn van het niet bieden van tegenwicht jegens allerlei beleidsvoorstellen van het microniveau.

De ontwikkelingen pleiten juist voor de noodzaak van een kwalitatief tegenwicht tegen de initiatieven van het microniveau. Wij wijzen daarbij op het relatief geringe aantal coronaire bypass operaties in landen als Finland, Zweden, Engeland en West-Duitsland (zie tabel 9.4, blz.113). "Overigens heeft voor dit laatste land samenwerking tussen micro- en mesoniveau aanzienlijke uitbreidingen teweeg gebracht met volle instemming van het macroniveau, terwijl in Engeland de vrije beroepssector (lees micro- en mesoniveau) de grootste groei heeft vertoond", (6). Voorts heeft de veranderende gedachtengang omtrent het effect van de operatie geresulteerd in een afgeremde groei van het aantal operaties in de Verenigde Staten van Amerika, (7). Bovendien zijn er verschillen in opinie omtrent het aantal te verrichten operaties in Nederland, zoals blijkt uit tabel 9.8, blz.119 en blijken er verminderingen te zijn in de wachttijden voor operatie. De hier geschetste ontwikkelingen maken het eens te meer noodzakelijk dat de regering op basis van objectiveerbare gegevens de beleidsvoorstellen toetst.

### 11.3 Patiëntengeoriënteerd versus middelengeoriënteerd

Het spanningsveld waarin de besluitvorming over de 'hartchirurgie' heeft plaatsgevonden is ontstaan door de confrontatie van twee fundamenteel verschillende beslissingsmodellen.

Op het microniveau wordt de besluitvorming beheerst door de relatie tussen arts en patiënt. Uit deze relatie vloeit voort het gebruik van de aanwezige onderzoeks- en behandelingsfaciliteiten en het beroep dat wordt gedaan op de beschikbare medische-, verpleegkundige- en andere personele capaciteit. In deze patiëntgebonden relatie manifesteert zich een eventueel tekort aan kwalitatieve- en kwantitatieve mogelijkheden tot hulpverlening. Kennisvergroting, kundeverruiming en innovatie in de medische technologie bieden steeds weer de mogelijkheid in gesignaleerde tekorten althans kwalitatief te voorzien. Zodra van deze mogelijkheden wordt kennisgenomen volgen de aanvragen daartoe.

De in het ziekenhuis gestelde doelen met betrekking tot de gedifferentieerde curatieve zorgverlening, de keuze van de ter realisering van de doelen aangewende middelen alsook de aangewende personele capaciteit en -belasting worden geïnduceerd door de medische besluitvorming.

Uitgangspunt voor de besluitvorming door de overheid op het macroniveau is het streven om het recht op gezondheidszorg voor de individuele burger te concretiseren, (8), door middel van onder meer het creëren van een voorzieningenpatroon dat voor een ieder bereikbaar en toegankelijk is, (9). Aange-toond is dat dit streven wordt gedwarsboord door de noodzaak de kosten te beheersen via vraagvermindering door middel van volumereductie. Een en ander betreft met name de klinische curatieve zorgverlening. Daarmee is de besluitvorming van de overheid gericht op de neveneffecten van het beleid en niet op de totstandkoming van een beleid zelf!

Immers de kosten kunnen slechts worden gezien als een aspect van de beleidsuitvoering. Het formuleren en realiseren van doelstellingen wordt daardoor afhankelijk gesteld van onder meer de beschikbaarheid van financiële middelen.

De keuze van de doelstellingen op het macroniveau is onderhevig aan nog andere impulsen op de besluitvorming. Dit geldt met name doelstellingen die een brede publieke belangstelling genieten, zoals bijvoorbeeld de bestrijding van de hart- en vaatziekten, regulering en planning van ziekenhuis- en andere gezondheidszorgvoorzieningen, inkomens in de gezondheidszorg, enzovoorts, (10).

Deze doelstellingen c.q. onderwerpen zijn het voorwerp van publieke discussies, welke zowel binnen als buiten het parlement worden gevoerd. Het resultaat van deze discussies kan beslissend zijn voor de keuze en vaststelling van het doel.

Tussen dit spanningsveld van de medische- en de politiek/financiële besluitvorming fungeert het mesoniveau als buffer. Het is de taak van het mesoniveau een transformerend element in de beleids- en besluitvorming te vormen, zodanig dat een brug wordt geslagen tussen beide besluitvormingssystemen. De mogelijkheid wordt het mesoniveau geboden door de verkokering van het beleid binnen het ziekenhuis tot staan te brengen via een integratie van de gecategoriseerde beleidsvelden.

Deze mogelijkheid wordt des te groter naarmate het management erin zal slagen de medische specialisten te interesseren en te betrekken in de ziekenhuisgebonden beleidsvorming en -uitvoering. Enkele publicaties (11) gaan er reeds van uit dat de medische staf, samengesteld uit of een representatie van de specialisten van medische- en medisch ondersteunende afdelingen van een ziekenhuis, het beleid medebepaalt. De ziekenhuisorganisatie zal met een overlegstructuur waarin het management en de uitvoering gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor realisering en uitvoering van het beleid meer en beter in staat zijn in te spelen op de veranderingen in de vraag naar gedifferentieerde medisch specialistische zorgverlening. Gedacht zou kunnen worden aan het instellen van een permanente prioriteitencommissie waarin onder voorzitterschap van een lid van het ziekenhuisbestuur participeren een lid van de directie en een aantal medische specialisten. De commissie moet bestaan uit een oneven aantal leden en mag niet te groot zijn om te voorkomen dat het onwerkbaar wordt. Jaarlijks dienen de leden te wisselen. Zij worden niet aangesteld om voor de eigen afdeling te pleiten. Taak van de commissie zal moeten zijn het aangeven van prioriteiten binnen te ontwikkelen c.q. uit te breiden activiteitsgebieden. De commissie zou gemiddeld vier maal per jaar bij elkaar moeten komen. Zij dient bij alle afdelingen informatie te verkrijgen over behoefte aan zorg en verwachte ontwikkelingen in het specifieke 'vakgebied'. De commissie dient een adviesorgaan te zijn van het bestuur. De mogelijkheid van beroep tegen besluiten van de commissie moet openstaan bij het bestuur.

Terwijl aan de doelgerichtheid van de organisatie op deze of een dergelijke wijze inhoud wordt gegeven, zal mede op basis van de door het macroniveau gestelde voorwaarden - te denken is aan tariefnormen en bewaking van de geleverde kwaliteit van de zorg (via verplicht te stellen medical audit) - eveneens inhoud moet worden gegeven aan doelmatigheidseisen. In het kader

van onze probleemstelling wordt slechts volstaan met het wijzen op de mogelijkheden welke liggen opgesloten in de methode tot taakstellend budgetteren. Budgetteren is namelijk een middel om een organisatie en de onderdelen ervan efficiënt te houden bij groei en dynamiek. Het is het instrument om nog globale doelstellingen bijvoorbeeld elk jaar "om te zetten in concrete opdrachten aan de organisatorische onderdelen van het bedrijf (i.c. het ziekenhuis - onze toevoeging) betreffende volume, kosten etcetera. Door middel van de periodieke budgetcontrole wordt later nagegaan, in hoeverre de doelstellingen zijn bereikt en welke de oorzaken zijn van de belangrijkste divergenties", (12).

Het vormen van een geïntegreerd beleid op basis van medische besluitvorming gekoppeld aan een taakstellend budgetteringssysteem zal de brug kunnen zijn die de verbinding legt naar het middelenallocatie-besluitvormingsmodel. De eventuele schaarste aan beschikbare financiële middelen wordt eerst goed duidelijk wanneer inzicht bestaat in het geïntegreerde wensenpakket van het microniveau. Op het macroniveau berust dan de taak van prioriteitenafweging. Een proces waarin de argumenten die tot de beslissing op het microniveau hebben geleid uitdrukkeling dienen te worden meegewogen.

#### 11.4 Mesoniveau: resultante, meeloper of voorloper!

Het mesoniveau vervult de rol van buffer tussen het micro- en het macroniveau. Binnen de ziekenhuisinstelling vindt op het raakvlak van micro- en mesoniveau de confrontatie plaats tussen een verbijzondering van naar categorieën van uitvoerende activiteiten en een op de integratie van de activiteiten gericht management. Iedere categorie van activiteiten ofwel iedere afdeling probeert van het mesoniveau gedaan te krijgen dat zijn eigen wensen met betrekking tot specifieke personele-, materiële- en ruimtelijke middelen in vervulling gaan. Hiermee geconfronteerd staat het mesoniveau van de instelling voor de taak het effect van honorering van de afzonderlijke wensen individueel en in hun onderlinge relatie te beoordelen. Daarnaast dienen bestuur en directie ervoor te zorgen dat de som van de afzonderlijke wensen wordt geïntegreerd in een totaal plan. Dit onderzoek heeft uitgewezen dat van een dergelijke integratie nauwelijks sprake is.

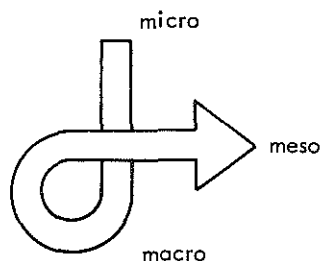
Bovendien blijkt het niet of onvoldoende in vervulling zien gaan van de wensen van het microniveau ertoe te leiden dat het microniveau zich buiten directie en bestuur om wendt tot overheid en/of het parlement.

Op het raakvlak van meso- en macroniveau ziet het mesoniveau zich geplaatst voor een vrijwel ongecoördineerde structurering van het systeem dat de zorgverlening op macroniveau moet beheersen. Te wijzen is onder meer op verschillende en vaak tegenstrijdige instellingen die zijn betrokken bij het bepalen en vaststellen van de tarieven, het adviseren en goedkeuren van functieuitbreidingen, nieuw-, aan- en/of verbouw, (13). Zo ziet het mesoniveau van de academische ziekenhuizen zich voor de taak gesteld de vereiste middelen en goedkeuring te verkrijgen van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, terwijl voor de niet-academische ziekenhuizen krachtens diverse wettelijke bepalingen van geheel andere instanties goedkeuring dient te worden verkregen.

In de beschrijving van de beleidsvorming met betrekking tot de hartchirurgische voorzieningen is onderscheid gemaakt in de probleemformulering, het aandragen van oplossingsmethoden en het kiezen van de beste methode en benodigde middelen.

Voor wat de ziekenhuizen betreft is aangetoond dat deze verschillende fasen zijn geconcretiseerd door de bij de patiëntenzorg betrokken medische specialisten. Het mesoniveau heeft daarop geen transformerende invloed gehad. Het volstaat met zich achter de categorale aanvragen van het microniveau te stellen.

Waar de richting van het beleid van het ziekenhuis wordt bepaald door het microniveau en de voorwaarden waaraan bij een effectuering van het beleid moet worden voldaan zijn gesteld door het macroniveau mag worden geconcludeerd dat het functioneren van het mesoniveau de resultante is van deze beide krachten. In figuur 11.1 hebben wij dit gesymboliseerd.



Figuur 11.1 : Mesoniveau is de resultante van 'micro-initiatief' en 'macro-voorwaarden'

Deze rolopvatting van het mesoniveau is er de oorzaak van dat overlegsituaties zijn ontstaan waarin het mesoniveau veelal werd buitengesloten. Het vermoedelijke gebrek aan kennis bij de overheid over de specifieke taken van het mesoniveau heeft ertoe bijgedragen dat deze overlegsituaties mogelijk zijn gemaakt. Tenslotte is het mesoniveau zelf mede schuldig aan de uitsluiting omdat het immers nog optreedt vanuit de beperkte taakopvatting, namelijk de beheersing van de activiteiten via het denken in beschikbare en te alloceren middelen.

Het mesoniveau zal zich een onderhandelingspositie moeten verwerven in overlegstructuren waarin het beleid c.q. de beleidsvorming aan de orde wordt gesteld voorzover dit de ziekenhuizen regardeert. De Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland is samengesteld uit bestuursleden van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de Nederlandse Vereniging voor Cariop-pulmonale chirurgie, de sectie Kindercardiologie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Commissie Coronair angiografie van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie en de Wetenschappelijke Adviesraad van de Nederlandse Hartstichting. "De Commissie stelt zich ten doel van de zijde van de professie een daadwerkelijke bijdrage te leveren aan het oplossen van de problemen op het gebied van de verruiming van de cardiochirurgische capaciteit", (14). De Begeleidingscommissie adviseert veelal gevraagd dan wel ongevraagd de minister c.q. diens staatssecretaris omtrent de hartchirurgische problematiek. Tot de taak van de Commissie kan ook behoren het desgevraagd uitbrengen van adviezen en eventueel begeleiden van inrichtingen over opzet en uitvoering van de hartchirurgie, (15).

Opzet en uitvoering van de hartchirurgie in 'inrichtingen' heeft niet alleen zijn weerslag op de gehele organisatie van het ziekenhuis, maar ook op de omgeving van het ziekenhuis. De realisering van de benodigde infrastructuur voor de hartchirurgie leidt een algehele kwalitatieve en kwantitatieve aanpassing van het reeds aanwezige voorzieningenniveau. Daardoor kan het betreffende ziekenhuis een zekere zuigkracht uitoefenen op patiënten die gewoonlijk naar een ander ziekenhuis gingen. Alleen al deze mogelijke tendensen noodzaken dat ook het mesoniveau in het overleg wordt betrokken "to achieve unity of effort by the demands of the environment", (16).

Het is daarom aan te bevelen dat in de Begeleidingscommissie voor de Hartchirurgie Nederland het mesoniveau participeert. Deze commissie zou verder onder het onpartijdige voorzitterschap moeten staan van een noch bij de patiëntenzorg noch bij het management betrokken deskundige.



Het mesoniveau zal zich, om zich een positie te verwerven, een denkwijze eigen moeten maken waarin naast de klassieke beheersing van bestaande activiteiten ruimte wordt geschapen voor het signaleren en wegen van gevolgen die ontwikkelingen buiten de eigen organisatie op de eigen organisatie voor de korte-, middellange en lange termijn zullen hebben. Het management van de ziekenhuisorganisatie dient een methode te ontwikkelen waarmee het "doelstellingen formuleert en op basis daarvan de gewenste algemene ontwikkeling van zowel het geheel als de onderdelen" van de organisatie vastlegt, (17). Doel en marsroute kristalliseren uit in een masterplan waardoor de flexibiliteit wordt verhoogd, omdat men niet kan worden overvallen door plotseling opdoemende ontwikkelingen, aldus Wissema (1977). Om het met Amara en Lipinski (1979) in concrete termen te zeggen, gaat het erom dat het management niet alleen de toekomstgerichte aandachtsvelden op tafel krijgt, maar ook de opvattingen daaromtrent, van de binnen en buiten de eigen organisatie werkzame specifieke deskundigen; het gaat erom de beschikbare informatie van elk onderwerp vast te stellen en na te gaan welke informatie ontbreekt, de actuele beslissingen die van invloed zijn op de toekomstige positie van het bedrijf i.c. het ziekenhuis te herkennen en aldus een greep te krijgen op de vraag hoe de ontwikkelingen in de tijd veranderen, (18).

Een dergelijke wel "strategisch" genoemde beleidsvorm kan het mesoniveau die instrumenten c.q. argumenten verschaffen waarmee het aan de onderhandelings-tafel hoge ogen gooit. Op externe veranderingen zoals bijvoorbeeld regionalisering, echelonnering, planning en kostenbeheersing is vanuit een offensieve positie beter te reageren dan vanuit een defensieve stelling. Tenslotte kan ook op interne veranderingen, zoals bijvoorbeeld uitbreiding van bestaande afdelingen en/of het creëren van nieuwe afdelingen en ook wijzigingen van de maatschappelijke inzichten meer flexibel worden ingespeeld.

Het mesoniveau zal zich aldus een positie kunnen verwerven, waarbij het van resultante is geworden tot voorloper in de beleidsvorming.

#### 11.5 Epidemiologie als prioriteit

De beslissing de capaciteit van de onderzoek- en behandelingsmogelijkheden ten behoeve van de open hartchirurgie definitief tot circa 6000 open hartoperaties per jaar uit te breiden is genomen onder druk van maatschappelijke en politieke groeperingen. De accentverlegging ten gunste van deze relatief korte termijn-oplossing in de strijd tegen hart- en vaatziekten, lijkt te zijn gegaan ten koste van een beleid waarin ook aan de lange termijnoplossingen zoals bijvoorbeeld de preventie aandacht is geschonken.

Daarbij dient te worden opgemerkt dat het moeilijk is om in een consumptie-maatschappij zoals bijvoorbeeld de nederlandse, preventieve maatregelen in te voeren. Gedacht kan worden aan een verbod op de verkoop en het gebruik van tabakswaaren of ten minste een drastische verhoging van de accijns die erop rust. De tegenstrijdigheid van dergelijke maatregelen is dat de overheid een direct financieel belang heeft bij de verkoop van deze artikelen en daarom het treffen van maatregelen nauwelijks ondersteunt, laat staan initieert. Het voorstel van Pool (1978) verdient enerzijds uit een oogpunt van preventie, anderzijds om de kosten van onderzoek en behandeling van bijvoorbeeld hart-, vaat- en longziekten allerwege aanbeveling in overweging te worden genomen. "Parafraserend op de uitspraak de vervuiler betaalt" stelt Pool "dat de vervuiler van zijn inwendig milieu dient bij te dragen aan het herstel van de schadelijke gevolgen", (19).

Dat deze materie evenwel niet eenvoudig ligt blijkt uit de publicatie van "Smoking and health", (20), dat vermoedelijk de aanleiding is geweest tot het ontslag van Joseph A. Califano jr., Secretary Department of Health, Education and Welfare van de Verenigde Staten, omdat hij maatregelen voorstelde welke zouden indruisen tegen bestaande belangen.

Voor het doen van verantwoorde beleidskeuzen is het een eis dat beleidsadviezen worden onderbouwd en plausibel gemaakt. Deze eis hangt samen met de grote vraag naar gezondheidszorgdiensten en de beperkt beschikbare middelen en derhalve de noodzaak prioriteiten te kiezen. Regering en parlement zullen zich er rekenschap van moeten geven dat in de nabije toekomst de vraag naar het stellen van prioriteiten in de vele te vervullen wensen, niet meer kan worden ontlopen. De redelijkheid zal dan de emoties in bedwang moeten houden. De eis hangt ook samen met de noodzaak van planning van de benodigde voorzieningen ter realisering van het vastgestelde beleid. Planning is hier te verstaan als het geheel van activiteiten dat is gericht op het in de tijd coördineren van handelingen en middelen ter realisering van de doelstelling, (21).

Voor de gezondheidszorg gaat het in essentie om 'het oplossen van gezondheidsproblemen, welke door de populatie of de professie als zodanig worden onderkend en gesignaleerd', (22).

De onderkenning van gezondheidsproblemen behoort tot het studieterrein van de epidemiologie. Deze tak van wetenschapsbeoefening probeert inzicht te verstrekken in de spreiding en spreidingswijze van ziekten en strekt zich mede daardoor uit tot de oorzaken van ziekten die kunnen zijn gelegen in klimaat, bodemgesteldheid, leefgewoonten en voeding alsook de biologie van het territoire, (23).

Holland (1975) stipuleert het belang van de op een specifiek vraagstuk gerichte epidemiologie voor 'policy decisions' aan de hand van de bestrijding van chronische bronchitis. Zijn conclusie is dat 'the epidemiologist is a crucial member of the decisionmaking team and must work closely with both those involved in the administration of the service and those concerned with its day-to-day running', (24).

De bijdrage, die de epidemiologie ten behoeve van de beleidsvorming kan leveren is evident. Dit geldt evenzeer voor de beleidsvorming inzake de hartchirurgische voorzieningen. Voor een zo verantwoord mogelijke advisering moet de Gezondheidsraad kunnen beschikken over zoveel mogelijk feitelijke basisinformatie waarop het zijn prognosevorming kan baseren. Het gebrek aan een landelijk registratiesysteem voor hart- en vaatziekten staat epidemiologische studie op landelijk niveau in de weg. Dit geldt ook voor andere ziekten, zoals bijvoorbeeld kanker, (25). Het resultaat van incidentele onderzoeken blijkt nog te weinig grond te geven om vergelijkbare inzichten te verkrijgen in de omvang van de nederlandse incidentie. Dat is dan ook de reden waarom relevant geachte informatie voornamelijk uit het buitenland moet komen.

Indien in 1971 aan het verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne om te worden geïnformeerd over de mogelijkheid van een gestandaardiseerd landelijk systeem voor de verzameling van gegevens, bij te houden door de verschillende hartcentra (zie paragraaf 6.2) gevolg was gegeven, dan had wellicht anno 1979 in deze lacune kunnen zijn voorzien. Een commissie binnen de Gezondheidsraad, die aan het verzoek inhoud had moeten geven is in 1976 ontbonden, (26).

Epidemiologisch onderzoek ten behoeve van het vinden van effectieve maatregelen ter bestrijding van de hart- en vaatziekten, zoals is voorgesteld door de World Health Organization (1977), doet de behoefte aan een databank onverminderd voortbestaan.

Het is gewenst dat de noodzaak tot instelling van een landelijke databank als hoge prioriteit wordt onderkend en de realisering ervan door regering en parlement wordt nagestreefd. Een dergelijke databank dient per hartcentrum de patiëntgebonden medische en sociale informatie te administreren om de mogelijkheid te openen voor:

- epidemiologische studie naar spreiding en voorkomen van factoren verband houdende met hart- en vaatziekten op landelijk niveau;
- intermitterend vergelijken en evalueren van de verrichtingen per centrum;
- het opstellen van normen omtrent kwantitatieve verhoudingen per centrum;
- een onderbouwing van te formuleren eisen inzake kwaliteit en kwantiteit van aan te wenden personele- en materiële middelen;
- een gerichte en verantwoorde tariefstelling.

Op basis van de geadministreerde informatie kan een aanzet tot verdere specifieke research worden gegeven zoals door de World Health Organization (1977) is voorgesteld, omdat:

- "- further data need to be accumulated concerning the prevalence and incidence of angina in each community;
- more objective evidence of degrees of disability and severity of pain is required;
- continued studies are needed on the course and effect of surgical intervention. Standardized protocols are desirable;
- research in centres of excellence should continue to assess the importance of left main stem disease and multiple vessel disease in a-symptomatic patients;
- ways of identifying patients prone to sudden death should be studied further", (27).

Reeds eerder heeft de door de ziekenfondsen ingestelde Begeleidingscommissie Hartchirurgie gepoogd informatie over medische handelingen te verzamelen ten behoeve van een onderbouwing van het tarief voor een open hartoperatie. Deze poging is wegens onvoldoende informatieverstrekking enerzijds en mogelijk wegens onvoldoende inzicht in het verloop van het onderzoek- en behandelingsproces van de kant van die Begeleidingscommissie anderzijds gestaakt, (28). De overheid zou daarom dienen te beschikken over de wettelijke mogelijkheid om informatieverstrekking verplicht te stellen. Bij de zekerheid over de benodigde informatie te kunnen beschikken kan epidemiologisch onderzoek een effectieve bijdrage leveren ten behoeve van het herkennen van de vraag naar gedifferentieerde gezondheidszorg.

#### 11.6 Landelijk spreidingsplan

De centrale overheid heeft met betrekking tot de hartchirurgie een inconsistent en inconsequent beleid gevoerd. De verantwoordelijke bewindslieden zouden de door hen gevolgde procedure effectief hebben kunnen structureren door middel van het opstellen van een landelijk spreidingsplan voor de hartchirurgische capaciteit.

De mogelijkheid daartoe is alsnog aanwezig. De Ministeries van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Onderwijs en Wetenschappen dragen de primaire ver-

antwoordelijkheid voor een dergelijk plan.

Reeds eerder is een landelijk spreidingsplan voor haemodialyse-units opgesteld. Met gebruikmaking van behoeftecriteria zijn doelbewust en doelmatig de faciliteiten voor haemodialyse-patiënten gereguleerd. Enige bekendheid met deze procedure mag dus worden verondersteld.

Hoewel de werking van de hiervoor aangewezen Wet Ziekenhuisvoorzieningen zich niet uitstrekt over de academische ziekenhuizen, betekent dit niet dat deze buiten een spreidingsplan behoeven te vallen. De Minister van Onderwijs en Wetenschappen heeft de mogelijkheid regelend op te treden door middel van instrumenten neergelegd in de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs. Met name kan worden gewezen op de mogelijkheid om via beslissingen inzake investeringen in specifieke faciliteiten en via de goedkeuring inzake personeelsformaties handelend op te treden. In dit verband is van belang dat ingevolge artikel 62 novies van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs ministeriële beslissingen omtrent uitbreidingen van faciliteiten dienen te worden genomen in overleg tussen de Minister van Onderwijs en Wetenschappen en Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Van deze bestaande mogelijkheden om een landelijk spreidingsplan op te stellen, is door beide ministers niet geprofiteerd. Mogelijkheden een dergelijk plan te realiseren worden ook geboden in het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg, waarvan de kiel is gelegd in 1971 (29). Dit wetsontwerp biedt voor de toekomstige ontwikkeling het kader waarbinnen ten aanzien van het voorzieningenpatroon regelend, c.q. sturend kan worden opgetreden door de overheid. Het ontwerp is 'gericht op de logistiek: aard, omvang, spreiding, samenhang en kwaliteit van het aanbod van medische diensten', (30).

De richtlijnen waarover deze wet spreekt, dienen algemene beleidsuitgangspunten voor de planning aan te geven. 'Zij zullen betrekking hebben op de factoren die voor het tot stand brengen van alle plannen van betekenis zijn, zoals de behoefte en spreiding, de samenhang tussen de verschillende voorzieningen, hun grootte en voorzover mogelijk de functie-omschrijvingen.

Ook met betrekking tot de personele en materiële gevolgen en de financiële consequenties van de richtlijnen dient een indicatie te worden gegeven; dit kan worden beschouwd als een integrale middellange termijnplanning, waarin doelstellingen en middelen van het beleid tot uitdrukking komen', (31).

De regionalisering van de gezondheidszorg biedt tenslotte de mogelijkheid om de voorzieningen per regio en/of per groep van regio's te plannen. Onder regionalisering wordt verstaan 'de indeling van het land in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen functioneert', (32).

Overeenkomstig het tweede concept, kan de reeds bestaande classificatie, op

basis van functies en faciliteiten, van ziekenhuizen (33) in een hiërarchische structuur worden gevormd. Deze structuur kan dan een ordening brengen naar drie niveaus van ziekenhuizen. Het topniveau bestaat uit regionale topziekenhuizen met superspecialistische voorzieningen, het middelste niveau omvat de centrumziekenhuizen met een beperkter voorzieningenpakket, terwijl de basis wordt gevormd door de categorie lokale ziekenhuizen waarin de meest noodzakelijke voorzieningen voor de veelvuldigst voorkomende ziekten zijn ondergebracht.

Op basis van frequentie van voorkomen van de verschillende categorieën van open hartoperaties en op basis van voor deze operaties noodzakelijke ondersteunende disciplines, zal de open hartchirurgie slechts mogen worden verricht in de topziekenhuizen. Nader onderzocht dient te worden of het aanbeveling verdient dat enkele topziekenhuizen zich geheel toeleggen op de open hartchirurgie of dat de hartchirurgie onderdeel moet uitmaken van een 'totaal' pakket van voorzieningen.

#### 11.7 Integratie van het beleid - instrumentele aanpak

Besluitvorming inzake de keuze en vaststelling van een beleid heeft consequenties voor de onderscheiden organisatieniveaus, zoals wij dat in hoofdstuk 10 hebben geëvalueerd. De betrokkenheid van uitvoerders, managers, adviseurs en beleidsbeslissers maakt hen tot participanten in dit proces. Participatie in de beleidsvorming betekent dat zij ook medeverantwoordelijk zijn voor de consequenties van de keuze en vaststelling van het beleid.

De selectie van deskundigen, verantwoordelijk voor de beleidsadviezen terzake aan de staatssecretaris, heeft tot gevolg gehad dat een duidelijke gebiedsafbakening van de probleembenadering is gemaakt. Ditzelfde geldt de invloed die is aangewend door patiëntenverenigingen, medisch specialistische beroepsverenigingen, parlementariërs en het uitvoerende of microniveau.

Daarnaast leiden de verkokering en balkanisering tot een algehele desintegratie van het totale beleid. Enerzijds is de probleemstelling van het hart- en vaatlijden teveel terecht gekomen in de curatieve sfeer, anderzijds zijn de gevolgen van een capaciteitsaanpassing van onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden voor interdependente afdelingen, en voor het ziekenhuis als geheel, object van onvoldoende onderzoek geweest.

Het beleid ontbeert een integraal plan dat grondslag vormt voor een integraal beleid, (34). Een dergelijk plan moet primair een raamwerk zijn waarbinnen de hoofdlijnen zijn aangegeven ten aanzien van doelstellingen en operationalisering ervan. In industriële organisaties zijn de principes van de netwerkplanning en de matrixorganisatie tot ontwikkeling gebracht als antwoord op steeds complexer wordende problemen van integratie en coördinatie van doelstellingen, middelen en activiteiten. Hesseling (1976) ziet in het principe van de netwerkplanning 'one way of analysing the particular combination of skills, concepts and values - that is needed for a viable industrial organisation in a particular environment - is a simple frame-work of energy, information and value', (35).

Toegepast binnen de gezondheidszorg - die in termen van een netwerk kan worden gezien als 'het geheel van verhoudingen tussen instituten, organisaties en individuen in onderlinge beïnvloeding zonder dat vooraf van een oorzakelijkheid sprake is en de grenzen duidelijk gesteld zijn', (36) - kan netwerkplanning de betekenis krijgen van het plannen van activiteiten tussen instituten, organisaties en individuen.

Deze mogelijkheid staat open wanneer de oorzakelijkheid van het relatiepatroon bekend is en de verhoudingen geëxpliciteerd. Kenmerkend voor methoden van netwerkplanning is de logische en samenhangende voorbereiding van in de tijd op elkaar afgestemde werkzaamheden en benodigdheden voor de opbouw en uitvoering van een project.

Het realiseren van veel omvangrijke projecten, die elk een beroep doen op een gedeelte van de beschikbare middelen, zou door middel van het principe van de matrixorganisatie tot een overzichtelijk geheel te maken zijn.

De matrixorganisatie-structuur als ordening van projecten en begeleidende processen, zoals informatiestromen, per organisatieniveau 'seem to fit a situation that is relatively open/adaptive/organic', (37).

Het legt een relatie tussen een administratief of beheerssysteem en projectgroepen. Hierdoor wordt een synthese bereikt tussen volgens bureaucratisch principe georganiseerde beheerssystemen en relatief autonoom optredende professioneel ingestelde projectgroepen.

Mintzberg (1979) maakt onderscheid in twee soorten matrixstructuren, namelijk één met een permanent meer of minder stabiel karakter en één met een flexibel karakter dat zich aanpast aan de zich aandienende projecten, (38).

Bovenaangehaalde literatuur en de bestaande praktijk in gecompliceerde industriële organisaties vormen een sterke aanwijzing dat toepassing van matrixorganisatie en/of netwerkplanning uitkomst kan bieden bij de beantwoording

van gecompliceerde vragen met betrekking tot de beleidsvorming in de gezondheidszorg.

### 11.8 Evaluatieonderzoek

Tijdens het onderzoek is door begeleiders en verschillende respondenten, die hebben deelgenomen aan de opiniepeiling, bij herhaling verzocht voorstellen te doen die kunnen leiden tot een andere wijze van beleidsvorming. Deze voorstellen zouden een antwoord moeten geven op de vraag 'hoe het beter had gekund' c.q. 'hoe het in de toekomst beter zou kunnen'.

De voorstellen zouden dan zelfs zo ver moeten gaan dat zou kunnen worden gesproken van een model. Van ons werd dus verwacht dat wij een model zouden vormen of anders gezegd normen zouden formuleren voor een procedure volgens welke de beleidsvorming 'beter' zou verlopen.

Dit 'beter' wordt dan door het microniveau vertaald in termen van 'sneller besluiten nemen' en 'overeenkomstig de wensen van het microniveau'.

Het mesoniveau vertaalt 'beter' met 'het sneller besluiten nemen' en 'het verkrijgen van de middelen c.q. goedkeuring'.

Ook de 'beleidsbeslissers' op het macroniveau zijn voorstander van een 'betere' beleidsvorming. Zij wijzen dan op het feit dat men zich op het micro- en mesoniveau onvoldoende bewust is van de beperkt beschikbare financiële middelen. Gesteld wordt dat door de grote vraag naar deze middelen voor het macroniveau nog maar een kleine beleidsruimte resteert. Een betere beleidsvorming wordt dan al bereikt indien men op het micro- en mesoniveau oog heeft voor de realiteit dat prioriteiten moeten worden gesteld. Aanwending van financiële middelen in de ene richting gaat nu eenmaal ten koste van aanwending ervan in de andere richting. De daaruit resulterende noodzaak prioriteiten te kiezen is geen eenvoudige aangelegenheid.

De keuze tussen 'het behoud van de Waddenzee' of 'de aanleg van een militair oefenterrein' komt daarbij over als een minder moeilijke beleidskeuze dan de keuze tussen 'uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit' en 'meer mogelijkheden creëren voor research ten behoeve van de bestrijding van kanker'.

Het is echter zeer de vraag of de keuzeproblematiek de enige verklarende factor is voor de ervaren traagheid in de beleidsvorming. Een traagheid in de beleidsvorming die wat de onderhavige casus betreft veroorzaakt is door factoren zoals:

- . het gebrek aan overeenstemming bij cardiologen en cardio-pulmonale chirurgen over het effect van de coronaire bypass operatie en over het verwachte aantal te opereren patiënten;



- . de terughoudendheid van het mesoniveau de initiatieven van het uitvoeren-  
de niveau over te nemen en te concretiseren;
- . de in paragraaf 11.3 besproken discrepantie in besluitvorming.

Bij het formuleren van een antwoord op de vraag 'hoe het beter zou kunnen' dient een grote mate van voorzichtigheid in acht te worden genomen. Immers het resultaat van dit onderzoek geeft nog niet het recht tot het doen van algemeen geldende uitspraken over de beleidsvorming in de gezondheidszorg. Daarvoor hadden wij meer casus moeten analyseren. Het is daarbij zonder nader onderzoek niet verantwoord een analogie aan te nemen ten aanzien van processen van beleidsvorming inzake onderwerpen zoals bijvoorbeeld de regionalisering van de gezondheidszorg, de vier-promille norm, de eigen bijdrage van de patiënt en de bouw van drie academische ziekenhuizen.

Het gaat hier evenzeer om veelbesproken onderwerpen die vanwege hun maatschappelijke relevantie in het politieke besluitvormingsproces zijn terechtgekomen. Een analyse van enkele van hen zou die analogie kunnen aantonen en een aanzet tot theorievorming verantwoorden.

Met het beschrijven, analyseren en gedeeltelijk verklaren van de beleidsvorming met betrekking tot één maatschappelijk relevant onderwerp hebben wij een aanzet gegeven, welke door meer evaluatieonderzoek zou moeten worden gevolgd. Meer inzicht in processen van beleidsvorming in de gezondheidszorg kan hierdoor worden verkregen. Eerst dan zullen zich in ruimer verband de mogelijkheden openbaren de aan ons voorgelegde vraag 'hoe het beter zou kunnen' in meer algemene termen en mogelijk modelmatig te beantwoorden.

### 11.9 Subjectiviteit in de onderzoeksmethode

Aan dit onderzoek ligt ten grondslag een veldstudie en opinie-analyse. Voorts is na literatuurstudie de aldus verkregen informatie door de onderzoeker geïnterpreteerd. De presentatie van de werkelijkheidsbeleving zal derhalve onvermijdelijk subjectieve elementen bevatten.

De dominantie van een bepaald referentiekader, zoals in casu het functioneren van de onderzoeker op het mesoniveau in een academisch ziekenhuis, vergroot de neiging naar verklaringen te zoeken die geldigheid bezitten voor de academische ziekenhuizen. Die neiging wordt des te groter wanneer blijkt dat vijf van de zeven in de analyse betrokken ziekenhuizen tot de categorie academische ziekenhuizen behoren. Dit subjectieve element hebben wij getracht zoveel moge-

lijk te neutraliseren door een uitgebreide aandacht aan documenten en meningen die de feitelijke en formele beleidsvorming weergeven.

Subjectiviteit zit ook opgesloten in de opinievorming van deskundigen wier uitspraken gebonden zijn aan kennis, plaats en tijd. De subjectiviteit is mogelijk versterkt aanwezig als gevolg van de noodzaak een selectie aan te brengen in de te raadplegen deskundigen.

Het inzicht dat door deskundigen aan de onderzoeker wordt gegund inzake de specifieke probleemstelling hangt daarenboven sterk af van de wilsbereidheid van de deskundigen en hun interesses.

Voor het beoordelen van de waarde van de subjectieve elementen en ter ondersteuning van de door ons gedane uitspraken naar aanleiding van het onderzoek pleiten wij voor het entameren van soortgelijke studies.

Subjectieve elementen zullen naarmate meer bekendheid wordt verkregen met processen van beleidsvorming in de gezondheidszorg meer te onderkennen zijn door ook gebruik te maken van onderzoeksmethoden zoals bijvoorbeeld de simulatietechniek, de experimentele onderzoeksmethode en de methode van de enquête met gestructureerde antwoordcategorieën, zoals eerder is aangegeven in hoofdstuk 4.

## 11.10 Post Scriptum

De beleidsuitvoering inzake het inschakelen van het ziekenhuis De Klokkenberg te Breda als cardiochirurgisch centrum blijkt volgens de berichtgeving in enkele dagbladen te stagneren. Een stagnatie die lijkt te worden veroorzaakt door het verbreken van de relatie tussen De Klokkenberg en het Diaconessenziekenhuis, welk laatste ziekenhuis voor de benodigde infrastructuur zou zorgdragen. Het verbreken van de relatie is mogelijk veroorzaakt doordat De Klokkenberg een zelfstandige positie opeist, (39). Of hiermee wordt bedoeld dat moet worden beschikt over eigen cardiologische onderzoeksmethoden en/of over het zelfstandig selecteren van operabele hartpatiënten wordt niet geheel duidelijk uit de berichtgeving, (40). Andere berichten weerspreken elkaar over het nog niet aanwezig zijn van een geroutineerd operatieteam, (41). De inhoud van een eventuele samenwerkingsovereenkomst tussen De Klokkenberg en het Ignatius Ziekenhuis te Breda lijkt voor de Begeleidingscommissie Hartchirurgie aanleiding geweest te zijn de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne negatief te adviseren met betrekking tot het geven van toestemming de hartchirurgie in De Klokkenberg aan te vangen, (42). De betrokken staatssecretaris heeft tijdens een bespreking met de Begeleidingscommissie en de besturen van de beide ziekenhuizen overeenkomstig het advies gehandeld en de overeenkomst afgekeurd, (43).

De beeldvorming rond de situatie met betrekking tot De Klokkenberg is moeilijk, omdat niet duidelijk aan het licht treedt welke feiten de grondslag vormen voor het verbreken van de voorgenomen samenwerking tussen De Klokkenberg en het Diaconessenziekenhuis. Evenmin treden feiten aan het licht inzake een mogelijke samenwerking, noch is de motivering duidelijk van het afwijzend standpunt van de staatssecretaris over de samenwerking met het Ignatius Ziekenhuis.

Het ziet ernaar uit dat zich thans met betrekking tot De Klokkenberg de onvolgende onderbouwing van de beleidsplannen wreekt en dat de destijds onder een zekere maatschappelijke en politieke druk genomen beslissing, (44) anders was uitgevallen indien zorgvuldig argumenten pro en contra tegen elkaar waren afgewogen.

De gebeurtenissen rond de eventuele hartkliniek in Breda bewijzen eens te meer dat beleidsvorming in de Gezondheidszorg een zaak is waarin 'de uitvoering', 'het management' en 'het overheidsbeleid' hand in hand dienen te gaan.

## Noten hoofdstuk 11

1. Hoogerwerf, A. (red.) : Overheidsbeleid; Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn, 1978, p. 44.
2. Zie o.m. Georgopoulos, B.S. : Organization research on health institutions; Ann Arbor University of Michigan, 1972, p. 84 e.v.  
Rowbottom, R. : Hospital Organization; Heinemann, London, 1973, ch. 3.  
Rhenman, E. : Managing the community hospital : system analysis of a Swedish hospital.
3. Heydebrand, W.V. : Comparative organizations, the results of empirical research; Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1973, part one.
4. Zie o.m. Berg, E.L. : Decentralisatie in drievoud; Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage, 1975.  
Kooiman, J. : Koers sturen, beschouwingen over besturing door overheid; Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage, 1976.  
Scholten, G.H. : Politiek en bestuur; Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn, 1972.
5. Zie o.m. Hoogerwerf, A. (red.) : Overheidsbeleid; Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn, 1978.  
Hoogerwerf, A. (red.) : Beleid belicht, sociaal-wetenschappelijke beleidsanalyse, deel 1 en 2, Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn, 1972.  
Beleid en Maatschappij, maandelijks uitgave van Boom, Meppel.
6. Persoonlijke mededeling van Prof. P.G. Hugenholtz, Erasmus Universiteit, Rotterdam, oktober 1979.
7. Preston, Thomas A. : Coronary Artery Surgery : a critical review; Raven Press, New York, 1977, p. 142/152.
8. Volksgezondheidsnota van 1966.
9. Structuurnota Gezondheidszorg 1974.
10. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1979-1980, 15.800, hs. XVII, nr. 7, brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de voorzitter van de Tweede Kamer; Leidschendam, 2 oktober 1979, p. 5.
11. Vollebergh, J.J.A. : Het ziekenhuisbestuur; Het Ziekenhuis, jaargang 1, 1971, nr. 2, p. 67.  
Gijn, M. van : De verhouding tussen de medisch directeur en de medische staf; Het Ziekenhuis, jaargang 6, 1976, nr. 6, p. 118.
12. Ploeg, M.J. van der : Administratie en bedrijfsbeheer; Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn, 1970, p. 107.
13. Santema, S. : Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg, structuur, werkzaamheden, raakvlakken; Van Gorkum, Assen/Amsterdam, 1976.
14. Nederlandse Staatscourant, 5 december 1978, nr. 237, p. 4.
15. Aldus de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in haar brief aan de Voorzitter van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland, dd. 27 november 1978, gepubliceerd in de Nederlandse Staatscourant, 5 december 1978, nr. 237, p. 4.

16. Lawrence, P.R. and J.W. Lorsch : Differentiation and integration in complex organizations, 1967.
17. Wissema, J.G. : De praktijk van de strategische beleidsvorming; Intermediair, 13e jaargang, nr. 18, 6 mei 1977.
18. Amara, R. en A. Lipinski : Inspelen op de toekomst; in : J.G. Wissema (red.) : De praktijk van de strategische beleidsvorming; Intermediair, Amsterdam, 1979, p. 66-73.
19. Pool, J. : Moet de roker aan de gevolgen van zijn riskant gedrag meebetalen?; Medisch Contact, nr. 20, 19 mei 1978.
20. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service; U.S. Government Printing Office, Washington, januari 1979.
21. Verburg, P. : Organiseren en organisatieonderzoek, tweede druk; H.E. Stenfert Kroese, Leiden, 1966, p. 92.
22. Hogerzeil, H.H.W. : Gezondheidsproblemen en gezondheidszorg naar procesfase ingedeeld; Medisch Contact, 1978, jaargang 33, p. 208.
23. Wiebenga, A.H., J.C.J. Burkens, C.L.C. van Nieuwenhuizen : Health care planning; proceedings of a congress held in Amsterdam, 14 and 15 April 1975; Excerpta Medica, Amsterdam, 1976.
24. Holland, W.W., in : Health care planning, 1975, p. 23.
25. Nederlandse Staatscourant, nr. 52, 14 maart 1979, p. 1.
26. Gezondheidsraad : Jaarverslag 1976; Verslagen, Adviezen, Rapporten 1977, nr. 39, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1977, p. 21 en 78.
27. World Health Organization - Regional office for Europe; The long term effects of coronary bypass surgery. Report on a working group, The Hague, 1-4 November 1977, Copenhagen 1978, p. 19.
28. Vanaf 1974 tot 1978-1979.
29. Tweede Kamer der Staten-Generaal : zitting 1970-1971, 11.267, nrs. 1-4. Voorontwerp van wet houdende uitbreiding van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen tot een Wet Gezondheidsvoorzieningen; dd. 14 april 1971.
30. Tweede Kamer der Staten-Generaal : zitting 1976-1977, 14.181, nrs. 1-4. Wet voorzieningen gezondheidszorg, oktober 1976, p. 29.
31. Wet voorzieningen gezondheidszorg, p. 39.
32. Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974, p. 10.
33. Nationaal Ziekenhuisinstituut; Basisonderzoek Kostenstructuur ziekenhuizen, deel 3 : Utrecht, januari 1976.
34. Dror, Y. : Public policymaking reexamined; Leonard Hill Books, U.S.A., 1973, p. 264.
35. Hesseling, P.G.M. : Industrial organizations between science and culture; in : Organisatiewetenschap en praktijk; H.E. Stenfert Kroese, Leiden, 1976, p. 147.
36. Hesseling, P.G.M. : Het zandlopermodel in de organisatie van de gezondheidszorg; T. soc. Geneeskunde, jaargang 52, 1974, p. 774.

37. Kast, F.E. en J.E. Rosenzweig : Systems and contingency views of organization and management; in : Organisatiewetenschap en praktijk; H.E. Stenfert Kroese, B.V., Leiden, 1976, p. 24.
38. Mintzberg, H. : The structuring of organizations : Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1979, p. 171.
39. N.R.C.-Handelsblad van 17 oktober 1979.
40. De Telegraaf van 10 oktober 1979.
41. Rotterdamsch Nieuwsblad van 23 oktober 1979; Algemeen Dagblad van 24 oktober 1979, N.R.C.-Handelsblad van 24 oktober 1979.
42. N.R.C.-Handelsblad van 31 oktober 1979.
43. A.N.P.-Nieuwsbulletin dd. 1 november 1979.
44. Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1977-1978, 12.261, nr. 5, december 1977, p. 6-10.

## 12. SAMENVATTING

In de voorgaande hoofdstukken is de beleidsvorming met betrekking tot de bestrijding van hart- en vaatziekten beschreven, geanalyseerd en gedeeltelijk verklaard.

In het proces van formele en feitelijke beleidsvorming participeren medische specialisten, al dan niet belast met de directe patiëntenzorg, besturen en directies van ziekenhuizen, wettelijke adviesorganen zoals de Gezondheidsraad, volksvertegenwoordigers, ministers en staatssecretarissen, betalende instanties, medische beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen. Dit brede scala van individuen en groepen functioneert in een overzichtelijk aantal organisaties en instellingen. Naar hun functioneren zijn deze in te delen in drie organisatieniveaus, welke min of meer herkenbaar met elkaar interfereren.

Op het microniveau vindt de uitvoerende activiteit plaats ten dienste van de patiëntenzorg. Deze categorie van activiteiten wordt onder meer verricht door cardiologen en cardiopulmonale chirurgen, die in de beleidsvorming een richting bepalende rol blijken te vervullen.

Het mesoniveau, ook wel managementniveau genoemd, wordt gekenmerkt door de ziekenhuisgebonden management-activiteit die wordt verricht door directies en besturen. Deze management-activiteit wordt gekenmerkt door het probleem van de toewijzing van de beperkt beschikbare financiële middelen aan veel verschillende aanvragers van het microniveau.

Een tweede taak van het management-niveau is het 'vertalen' van het vastgestelde beleid op het macroniveau naar het ziekenhuis toe.

Op het macroniveau tenslotte vindt de keuze en de vaststelling van het beleid plaats. Verantwoordelijk hiervoor zijn de regering en het parlement. Op het macroniveau participeren verder de overige van de bovenvermelde individuen en groepen.

Het onderhavige onderzoek is verricht rond een opiniepeiling onder 46 bij de 'hartchirurgie' betrokken deskundigen waarbij tevens een verscheidenheid van documenten op macro- en mesoniveau werd geanalyseerd. Het onderzoek bestrijkt de periode 1971 tot 1978. Een keuze die samenhangt met de verschijningsdatum van het advies van de 'eerste' Commissie Nieveen in 1971 en de datum waarop door de regering conform het 'interim-advies behoefteraming coronaire hartchirurgie' van de Gezondheidsraad besluiten werden genomen. Ultimo 1977 werd besloten dat ernaar zal worden gestreefd in 1980 een operatiecapaciteit te realiseren voor het verrichten van 5000 - 6000 open hartoperaties per jaar.

Dit onderzoek heeft uitgewezen dat de beleidsimpulsen vooral zijn uitgegaan van het microniveau, van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging en van het parlement.

Het microniveau heeft langs vijf verschillende wegen zijn mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de beleidsvorming aangewend:

1. Vanuit het microniveau zijn voorstellen aan het mesoniveau gedaan ter verkrijging van specifieke personele-, materiële- en ruimtelijke middelen. Dit leidt tot pogingen van het mesoniveau om op één of andere wijze deze middelen van het macroniveau te verkrijgen.
2. Via de commissies van de Gezondheidsraad die de terzake geldende beleidsadviezen aan de minister hebben voorbereid, is door het microniveau invloed aangewend doordat deze commissies overwegend zijn samengesteld uit bij het onderzoek en de behandeling van hartpatiënten betrokken medische specialisten.
3. Via de Nederlandse Vereniging van Cardiologen en de Nederlandse Vereniging van Cardiopulmonale chirurgen heeft het microniveau door middel van de adviezen van de permanente begeleidingscommissie voor de hartchirurgie in de beleidsvorming bijgedragen.
4. Cardiologen en cardiopulmonale chirurgen blijken verschillende keren directe contacten te hebben gehad met de bewindslieden.
5. Via de inschakeling van volksvertegenwoordigers heeft het microniveau de bevordering van een specifieke beleidskeuze bepleit.

De Nederlandse Hartpatiëntenvereniging heeft een belangrijke maatschappelijke druk uitgeoefend op de verantwoordelijke bewindslieden, gericht op vergroting van de capaciteit voor open hartoperaties. De vereniging heeft zulks gedaan door middel van acties, zoals het bezetten van de gebouwen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal en het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en demonstraties bij een enkel hartcentrum. Voorts is deze vereniging erin geslaagd de instelling van hartluchtbruggen af te dwingen, terwijl ook voorstellen werden gedaan tot de bouw van een categorale hartkliniek.

De invloed op de beleidsvorming door het parlement verloopt in hoofdzaak langs twee wegen, namelijk via het stellen van mondelinge en schriftelijke vragen aan de betrokken bewindslieden en via het overleg binnen de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer.

Gebleden is dat in dit krachtenveld het mesoniveau geen rol van richtinggevende betekenis heeft gespeeld. Het functioneren van dit niveau wordt feitelijk bepaald door de initiatieven genomen door het microniveau, de gegeven randvoor-



waarden die worden gesteld door het macroniveau, en de beleidsvaststelling op dit laatste niveau.

In het proces van beleidsvorming treedt een confrontatie op tussen de op de patiëntenzorg georiënteerde medische besluitvorming en de besluitvorming die is gericht op de allocatie van de financiële middelen.

De eerstgenoemde besluitvorming is gebaseerd op de waargenomen behoeften aan patiëntenzorg.

De andere besluitvorming wordt bepaald door de noodzaak prioriteiten te stellen in verband met de relatieve schaarste aan financiële middelen en beïnvloed door politieke en maatschappelijke voorkeur met betrekking tot het stellen van prioriteiten. Deze laatste aspecten blijken bij het beleid op het macroniveau een overwegende rol te spelen.

Een beleid gericht op integrale bestrijding van de hart- en vaatziekten is reeds in het adviesstadium blijven steken. Na een eerste advies van de Gezondheidsraad waarin maatregelen zijn aanbevolen op het gebied van de preventie, vroegdiagnostiek, curatieve zorg, revalidatie en secundaire preventie is de advisering verengd en nog slechts gericht op maatregelen ten behoeve van de uitbreiding van de curatieve zorg. Een uitbreiding die is gebaseerd op een geschat aantal te verrichten open hartoperaties waaraan objectiveerbare grondslagen ontbreken. Wel is in het kader van vroegdiagnostiek een zestal consultatiebureaus ingeschakeld ten behoeve van bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De 'categorale' beleidsvorming is een gevolg van de specialistische geneeskunde, het erkenningenbeleid inzake medische specialisaties en het overheersende aantal klinici in de adviescolleges.

Het gebrek aan belangstelling voor andere maatregelen dan op het gebied van de curatieve zorg bij de onderscheiden pressiegroepen heeft een integrale beleidsaanpak op het macroniveau evenmin bevorderd. Op alle drie de organisatieniveaus kan derhalve worden gesproken van een verkokering van het beleid.

De beleidsinitiatieven aan de basis gedaan zijn door het mesoniveau zonder de noodzakelijke transformatie aan het macroniveau ter goedkeuring voorgelegd, in de vorm van aanvraag van middelen ter realisering.

Het categorale beleid op het macroniveau is niet in overeenstemming met de uitgangspunten voor de adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad in 1968, die uitging van een integrale aanpak.

Tot aan 1974 wordt dan een zekere spoed betracht om de tot dan geadviseerde maatregelen in een beleidsplan uit te werken. Vervolgens volgt tot medio 1977 een restrictief beleid. Ultimo 1977 is in het beleid een ommekeer te zien door-

dat het plotseling uitgaat van een prognose van 5000 - 6000 open hartoperaties per jaar in 1980. Deze verandering is opgetreden zonder dat de prognoses van de Gezondheidsraad aan objectiveerbare meetbaarheid hebben gewonnen.

In de operationalisering van de beleidsmaatregelen schuilt een aantal inconsequenties. Na een aanvankelijk afwijzende houding ten opzichte van de instelling van een permanente coördinatiecommissie ter begeleiding van capaciteitsaanpassingen voor de hartchirurgie installeert de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een dergelijke commissie.

Evenmin kan consequent worden genoemd de toekenning van een apart tarief voor open hartoperaties in de academische ziekenhuizen welke fundamenteel afwijkt van het vigerende vergoedingensysteem in deze ziekenhuizen.

Een laatste voorbeeld betreft de voorlopige toestemming aan twee categorale ziekenhuizen om de hartchirurgie op grote schaal aan te vangen, terwijl het algemene beleid er juist op is gericht categorale instellingen zoveel mogelijk af te stoten.

Gerekend vanaf 1971, het jaar waarin het integrale advies van de eerdergenoemde Commissie Nieveen een start heeft ingeluid van de ontplooiing van de hartchirurgie, heeft het tot eind 1977 geduurd voordat in het beleid een keuze werd gemaakt overeenkomstig de door de Gezondheidsraad geadviseerde capaciteitsprognose. Kenmerkend voor deze periode is dat geen fundamenteel nieuwe visies omtrent het effect en de omvang van het aantal open hartoperaties zijn aangedragen. Opvallend voor de beleidsvorming in deze periode is ook dat de bewindslieden geen gebruik hebben gemaakt van wettelijke mogelijkheden om een landelijk spreidingsplan op te stellen.

De resultaten van deze studie hebben ons ertoe gebracht te pleiten voor uitbreiding van dit evaluatie-onderzoek naar aanverwante ontwikkelingen. Hierdoor zou meer informatie kunnen worden verkregen ten behoeve van het op gang brengen van leerprocessen terzake van de besluit- en beleidsvorming.

Ten behoeve van een verantwoorde beleidskeuze is het noodzakelijk dat kan worden beschikt over objectief meetbare grondslagen van de beleidsadviezen.

Uit hoofde daarvan verdient het aanbeveling op korte termijn een databank te realiseren en een hoge prioriteit toe te kennen aan de ontwikkeling van de epidemiologie van de hart- en vaatziekten.

Voorts wordt erop gewezen dat voor het microniveau de verantwoordelijkheid niet ophoudt bij de eigen specifieke categorie van activiteiten, maar men zich reken-

schap dient te geven van mogelijke andere prioriteiten.

Om een synthese tussen 'medische' en financiële' besluitvorming in de ziekenhuizen te bewerkstelligen, verdient het aanbeveling het microniveau medeverantwoordelijk te maken voor het functioneren van het ziekenhuis als een geïntegreerde groep van functies en activiteiten.

Voor het macroniveau geldt dat het gelet op de specifieke functie van het mesoniveau dit laatste niveau niet kan passeren bij de beleidsvorming.

Om een antwoord te hebben op maatschappelijke en politieke pressies dienen de verantwoordelijke bewindslieden te streven naar een landelijk spreidingsplan van met name bijzondere voorzieningen. Een zekere taakverdeling over de ziekenhuizen is reeds te realiseren bij doorvoering van het regionaliseringsconcept en de hiërarchische indeling van ziekenhuizen, analoog aan het 'Zweedse' model. De reeds bestaande classificatie naar functies en faciliteiten van het Nationaal Ziekenhuisinstituut, welke op empirische bevindingen is gebaseerd, kan daarbij als leidraad dienen.

Met behulp van netwerken en matrixorganisatie zou het mogelijk moeten zijn de integratie van het beleid tussen drie niveaus te realiseren. De literatuur biedt echter nog weinig houvast voor processen die zich over drie dergelijke organisatieniveaus uitstrekken.

De geplande uitbreiding van de capaciteit van de hartchirurgische voorzieningen tenslotte dient jaarlijks opnieuw te worden beoordeeld aan de hand van de jongste ontwikkelingen al was het alleen al om te voorkomen dat Nederland in de nabije toekomst met een overcapaciteit krijgt te kampen.

### 13. SUMMARY

In the previous chapters policymaking in connection with the fight against cardiovascular disease was discussed, analysed and partially explained. Medical specialists, not necessarily directly involved with patient care, Boards of governors and administrators of hospitals, official Advisory Boards, such as the Board of Health, Members of Parliament, Ministers and Parliamentary Undersecretaries, Disbursement Authorities, Medical Associations and Associations of Patients all play an integral part in the process of formal and actual policymaking. This wide range of individuals and groups functions in a clear-cut number of organizations and institutions. Depending on their function, they can be subdivided into three levels of organization, which interact more or less identifiably.

The executive activity takes place at the micro level and is concerned with patient care. To a great extent this category of activities is dealt with by cardiologists and cardiopulmonary surgeons, who appear to have a decisive voice in policymaking.

The meso level, also termed management level, is characterized by hospitalrelated management activities carried out by administrators and governors. A salient feature of this management activity is the allotment dilemma in view of the limited funds available and the multiplicity of requests from the micro level.

A second activity of the management level is concerned with "translating" the policy decided upon at the macro level into hospital terms.

Finally, at the macro level the choice of policy is decided upon. This is the responsibility of the government and parliament. The remaining individuals and groups mentioned above also participate at the macro level.

The present study was carried out in connection with an opinion poll among 46 experts concerned with 'heart surgery', involving the analysis of various documents at macro and meso level. The study covers the period of 1971-1978. This period was selected as it coincided with the publication of the recommendations of the 'first' Nieveen Committee in 1971 and the date on which the government decided on a course of action, in accordance with the 'interim recommendations estimated needs coronary heart surgery' of the Board of Health.

At the end of 1977 it was decided that an attempt should be made to achieve an operating capacity of 5000 - 6000 open heart operations by 1980.

The present study revealed that policy incentive was mainly provided by the micro level, by the Dutch Association of Heart Patients and by Parliament.

The micro level availed itself of five different ways in which policymaking could possibly be influenced:

1. At the micro level suggestions were put forward to the meso level, involving specific requests for personnel, equipment or space. This would lead to attempts at the meso level to obtain the necessary means in some way or another from the macro level.
2. The micro level brought pressure to bear on the Board of Health Committees that formulate the pertinent policy recommendations submitted to the Minister. This could be realized because these Committees are mainly composed of specialists involved in the medical care of heart patients.
3. Through the Dutch Association of Cardiologists and the Dutch Associations of Cardiopulmonary surgeons, the micro level contributed to the policymaking by means of the recommendations made by the permanent supervisory committee for heart surgery.
4. It appears that on more than one occasion cardiologists and cardiopulmonary surgeons have contacted government officials directly.
5. By involving members of parliament the micro level argued for promoting a certain course of action.

The Dutch Association of Heart Patients put considerable social pressure on the government officials concerned in their attempt to enlarge the capacity for open heart surgery. The Association agitated for this goal by occupying the buildings of Parliament and the Ministry for Public Health and Environmental Hygiene and by holding demonstrations at, at least one heart centre. This Association also managed to achieve the establishment of a 'heart-airbridge', while suggestions were put forward for building a categorical heart clinic.

On the whole parliamentary influence on policymaking follows two courses, viz. by submitting a written or oral question to the ministers concerned or by entering into the consultations of the regular Parliamentary Committee for Public Health.

Evidently the meso level did not play a significant role in this field of power politics. In fact, the functioning of this level is determined by the initiative taken at the micro level, the limiting conditions stipulated by the macro level and by the policy decided upon at this same level.

The process of policymaking involves a confrontation of decisions taken on a medical plane concerned with patient care and decisions that have to do with the allocation of the financial means. The former decisions are based on what is known to be needed for patient care. The latter decisions are based on the necessity of setting priorities in connection with the relative tightness of financial means and influenced by political and social preference concerning this setting of priorities. These last aspects appear to play a dominant role at the macro level.

A policy aimed at an integral fight against cardiovascular disease never progressed beyond the advisory stage. Following an initial recommendation made by the Board of Health concerning measures for prevention, early diagnosis, curative care, physical rehabilitation and secondary prevention, the recommendations were narrowed down and only directed towards measures connected with the extension of curative care. An extension which is based on an estimated number of open heart operations to be performed which has no objectifyable foundation. In the framework of early diagnosis, however, a population survey did take place concerning risk factors for cardiovascular disease aided by half a dozen health centres. The 'categorical' policymaking is the result of medical specialization, the policy of recognizing medical specialties and the pre-dominance of clinicians on the Advisory Boards. The lack of interest for measures other than those concerned with curative care on the part of the existing pressure groups could hardly be said to have contributed to an integral approach to planning at the macro level. Consequently, on all three levels of organization policymaking was categorized. The planning initiative taken at the micro level was passed on to the macro level for approval in the shape of a request for resources, without the essential transformation having taken place.

The categorical policy at the macro level cannot be reconciled with the premise of an integral approach, which was the basis on which the Board of Health was consulted in 1968. Up till 1974 a semblance of haste is made to draw up a policy based on the recommendations received. A restrictive policy follows up till the middle of 1977. By the end of 1977 a complete about-face can be seen in the policymaking, which is all of a sudden based on a prognoses of 5000 - 6000 open heart operations annually by 1980. This change took place without resulting in any increased objectifyable rationalness in the prognoses made by the Board of Health.

In the process of making policy measures operational a number of inconsistencies creep in. After an initial negative attitude concerning the establishment of a

permanent co-ordinating committee to supervise the capacity-adjustment for heart surgery, the Head of the Department for Public Health and Environmental Hygiene forms exactly such a committee.

Nor can it be called consistent that a separate rate is quoted for open heart operations in the university hospitals which differs fundamentally from the established rate of pay in these hospitals. A third example concerns the provisional permission granted to two categorical hospitals to start performing heart surgery on a large scale, while the overall policy was aimed at curtailing such categorical institutions.

In 1977 the integral recommendations from the aforementioned Nieveen Committee initiated the beginning of the development of heart surgery. And yet it took until the end of 1977 before a definite course of action was decided upon in the policymaking, in accordance with the capacity-prognoses as suggested by the Board of Health. It is characteristic for this period that no fundamentally new vision was evolved concerning the effect and the size of the number of open heart operations. Another salient feature of the policymaking during this period is that the Ministers made no use of the legal means at their disposal for national decentralization.

The results of this study have lead us to argue for an extension of this evaluation study to related developments. In that way more information could be gained in aid of initiating learning processes concerned with decision and policymaking.

In order to come to a choice of policy that can be justified, it is essential for the policy recommendations to be based on objectively rational foundations. Consequently it is advisable to institute a databank in the very near future and to set a very high priority for the development of the epidemiology of cardiovascular disease.

It is also pointed out that as far as the micro level is concerned, responsibility does not stop short at this level's specific activities, but that other priorities may possibly have to be taken into account.

In order to create a synthesis of 'medical' and 'financial' decisionmaking in the hospitals, it seems advisable to hold the micro level jointly responsible for the functioning of the hospital as an integrated group of functions and activities. Considering the specific function of the meso level, this level should not be bypassed by the macro level where the policymaking is concerned.

In order to be able to respond to social and political pressure, the responsible Ministers should aim for a policy of national decentralization, particularly where

special facilities are concerned.

A certain spreading of tasks over the various hospitals could be realized by promoting the concept of regionalization and the hierarchical divisions of hospitals, like in Sweden. The existing classification according to functions and facilities, drawn up by the National Association of Hospitals, which is based on empirical findings, may serve as a guideline.

With the aid of networks and matrix organization it should be possible to realize the integration of the overall policy where all three levels are concerned. Up till now, however, the literature offers few guidelines, if any, for processes extended over three such organizational levels.

Finally, the planned extension of the capacity of the heart surgery needs to be reexamined each year, based on the latest developments. Apart from anything else, this is imperative in order to prevent the Netherlands having to face an overcapacity in the near future.



## Appendix A : Overzicht geraadpleegde deskundigen

De hieronder genoemde deskundigen hebben deelgenomen aan het opinie-onderzoek. Een aantal van hen vervult bij het gereedkomen van dit proefschrift inmiddels een andere functie. Achter hun naam is de periode van hun mogelijke betrokkenheid gespecificeerd. Daar waar dit niet is vermeld betekent het dat per oktober/november 1979 geen functiewijziging heeft plaatsgevonden in vergelijking met de interviewperiode ultimo 1978 / oktober/november 1979.

Mr. C.J. Al, adjunct-directeur van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen;  
 Prof. Dr. A.C. Arntzenius, cardioloog, Academisch Ziekenhuis Leiden;  
 Drs. J. Barendregt, economisch-directeur van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam;  
 Prof. Dr. A.G. Brom, cardio-pulmonale chirurg, Academisch Ziekenhuis Leiden;  
 Dr. A.V.G. Bruschke, cardioloog, Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht;  
 Dr. B. Buis, cardioloog, Academisch Ziekenhuis Leiden;  
 J.Th.A. Cappetti, medisch-directeur van het Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht;  
 Mw. G.M.P. Cornelissen, lid van de Tweede Kamer voor het C.D.A., en lid van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van 21 september 1971 tot en met 6 december 1972 en vanaf 28 mei 1973 (\*);  
 Dr. D. Dolman, was als lid van de Tweede Kamer voor de P.v.d.A. lid van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid tot aan zijn benoeming tot voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal per 17 juli 1979 (\*);  
 Prof. Dr. D. Durrer, cardioloog, Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam;  
 H.H. Drenth, lid van de Tweede Kamer voor de P.v.d.A. en lid van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van 4 september 1973 tot 4 september 1979 (\*);  
 Dr. W.Ch.P. Geldof, cardio-pulmonale chirurg, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam;  
 A.M. Gründeman, chirurg, Onze Lieve Vrouw Gasthuis, Amsterdam;  
 Mw. Drs. N.J. Ginjaar-Maas, lid van de Tweede Kamer voor de V.V.D. en lid van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid vanaf 4 september 1973 (\*);  
 Prof. Dr. A.J.Ch. Haex, voorzitter van de Gezondheidsraad, Rijswijk (Z-H);  
 Drs. C.E.J. Harden, economisch-directeur van het Sint Catharina Ziekenhuis te Eindhoven;  
 J.P.M. Hendriks, Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van 11 mei 1973 tot 19 september 1977 (\*);  
 Prof. Dr. J.N. Homan van der Heide, cardio-pulmonale chirurg, Academisch Ziekenhuis, Groningen;  
 Prof. Dr. H.A. Huysmans, cardio-pulmonale chirurg, Academisch Ziekenhuis Leiden;  
 Dr. L.P. de Jong, economisch-directeur van het Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht;  
 Dr. G. Klein, Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen van 11 mei 1973 tot 7 september 1977 (\*);  
 J.W. van der Kouwe, medisch-directeur van het Academisch Ziekenhuis, Groningen;  
 Dr. X.H. Krauss, cardioloog, Zuiderziekenhuis, Rotterdam;  
 Drs. L.H.M. van Lanschot, medisch-directeur van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen;  
 Dr. K.I. Lie, cardioloog, Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam;  
 Prof. Dr. F.L. Meijler, cardioloog, Academisch Ziekenhuis, Utrecht;  
 Prof. Dr. N.G. Meijne, cardio-pulmonale chirurg, Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam;  
 P.J.A. van Overveld, voorzitter van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging;  
 Prof. Dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen, cardioloog, verbonden aan het Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht, van 1946 tot 1973;

- Prof. Dr. J. Nieveen, cardioloog, Academisch Ziekenhuis, Groningen;  
 Prof. Dr. J.P. Roos, cardioloog, Academisch Ziekenhuis bij de Vrije Universiteit van Amsterdam;  
 A.L.E.M.S. Schaepkens van Riepst, cardio-pulmonale chirurg, Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht;  
 A.Th. Schweizer, directeur gezondheidszorg van het Academisch Ziekenhuis Leiden;  
 Prof. Dr. H.A. Snellen, voorzitter van de wetenschappelijke raad van de Nederlandse Hartstichting;  
 Prof. Dr. H.A. Valkenburg, epidemioloog, Erasmus Universiteit Rotterdam;  
 Mw. Mr. E. Veder-Smit, Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne sedert 4 januari 1978, was als lid van de Tweede Kamer voor de V.V.D. lid van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van 23 februari 1967 tot 2 januari 1978 (\*);  
 Drs. J.B.M. Verhey, directeur algemene zaken respectievelijk algemeen directeur van het Academisch Ziekenhuis Leiden in de periode augustus 1970 tot 1 september 1979;  
 Mr. Dr. J. Vermeijden, voorzitter van de directie van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam;  
 Dr. B.S. Zienkovicz, cardio-pulmonale chirurg, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam;  
 J.K. Zuur, directeur bouw en organisatie van het Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht.

Het toepassen van de volledigheidstoets is mede mogelijk geworden door de medewerking van:

- Jhr. Mr. M.L. de Brauw, minister zonder portefeuille belast met wetenschapsbeleid en wetenschappelijk onderwijs van 6 juli 1971 tot 20 juli 1972 (\*);  
 Dr. R.J.H. Kruisinga, Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 18 april 1967 tot 6 juli 1971 (\*);  
 Dr. P. Siderius, Secretaris-Generaal van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne;  
 Dr. L.B.J. Stuyt, Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van 6 juli 1971 tot 11 mei 1973 (\*);  
 Drs. F.J.M. Werner, hoofd Stafafdeling Financiering Gezondheidszorg van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

(\*) Opgave per 5 november 1979 verstrekt door de Griffie van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

## Appendix B : Geraadpleegde specifieke bronnen

1. "Begrotingsuitvoering Academische Ziekenhuizen, een pleidooi voor grotere flexibiliteit", advies van een werkgroep ad-hoc aan de Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, dd. 26 mei 1976.
2. Commissie Verhey : Eindadvies van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Academische Ziekenhuizen, december 1978.
3. Diverse dag- en weekbladen, zoals : Accent  
 Algemeen Dagblad  
 Algemeen Nederlands Persbureau (A.N.P.)  
 Elseviers Weekblad  
 De Limburger  
 Medisch Contact  
 Nederlandse Staatscourant  
 N.R.C.-Handelsblad  
 De Telegraaf  
 Typhoon  
 De Volkskrant  
 Vrij Nederland
4. Documenten in de bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen, zie de hoofdstukken 1, 4 en 7.
5. Gezondheidsraad : Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten, 3 maart 1971; serie Verslagen en Mededelingen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1971, nr. 14, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1971.
6. Gezondheidsraad : Interim-advies inzake de vergroting van de capaciteit der hartchirurgische centra, Rijswijk, nr. 327/71, 27 september 1972.
7. Gezondheidsraad : Nadere bepaling van de behoefte aan open hartoperaties; Rijswijk, nr. 1622, 21 september 1973.
8. Gezondheidsraad : Advies inzake voorziening in de tekorten der hartchirurgische centra ter realisering van fase 1 per 1 januari 1976; 29 oktober 1973; Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1974, nr. 3, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974.
9. Gezondheidsraad : Interim-advies behoefteraming coronaire hartchirurgie; 23 augustus 1976; Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1976, nr. 43; Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1976.
10. Gezondheidsraad : Advies inzake ontwikkeling van hartchirurgie in Eindhoven, Rijswijk, 30 mei 1975.
11. Gezondheidsraad : Basisregels betreffende plaats, taak en werkwijze van het College van Advies en Bijstand voor de Voorzitter van de Gezondheidsraad; Rijswijk, februari 1976.
12. Gezondheidsraad : Algemene informatie over taak en werkwijze van de Gezondheidsraad en van commissies uit de Gezondheidsraad ten behoeve van de leden van de commissies; Rijswijk, juli 1977.

13. Gezondheidswet van 18 januari 1956, S.51 en wijzigingen daarop.

14. Handelingen, Bijlagen en Aanhangsels van de Eerste- en Tweede Kamer der Staten-Generaal voor de zittingsperioden 1970-1971 tot en met 1977-1978. Meer in het bijzonder:

- 14.1 Tweede Kamer der Staten-Generaal : zitting 1970-1971, 10.900 XV, nr. 29, dd. 01.04.'71.
- 14.2 : zitting 1970-1971, 11.267, nrs. 1-4, Voorontwerp van wet houdende uitbreiding van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen tot een Wet Gezondheidsvoorzieningen, dd. 14 april 1971.
- 14.3 : zitting 1971-1972, 11.500 hs XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting 1972.
- 14.4 : zitting 1971-1972, 11.724, brief van kamerlid Dolman inzake hartchirurgie Utrecht.
- 14.5 : zitting 1972-1973, 12.000 XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1973.
- 14.6 : zitting 1972-1973, 12.261, nr. 1, Brief van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dd. 12 februari 1973, aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- 14.7 : zitting 1973-1974, 12.600, XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1974.
- 14.8 : zitting 1973-1974, 12.600, XVII, nr. 9, Verslag van een mondeling overleg.
- 14.9 : zitting 1974-1975, 12.261, nr. 2, dd. 26 juni 1975.
- 14.10 : zitting 1974-1975, 13.100, hs XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting voor het dienstjaar 1975.
- 14.11 : zitting 1974-1975, 13.100, hs XVII, nr. 6 (verslag Vaste Commissie voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne van de voorbereiding voor de openbare behandeling Rijksbegroting 1975).
- 14.12 : zitting 1974-1975, 13.100, hs XVII, nr. 9, Nota naar aanleiding van verslag Vaste Commissie voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, ontvangen 31.10.'74, van de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- 14.13 : zitting 1974-1975, 13.100, hs XVII, nr. 28, 26.08.'75.
- 14.14 : zitting 1974-1975, 13.418, nrs. 1-4, Regelen betreffende de openheid en openbaarheid van bestuur (Wet openbaarheid van bestuur), dd. 26 mei 1975.

- 14.15 : zitting 1975-1976, 13.600 hs XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting 1976.
- 14.16 : zitting 1975-1976, 13.600, hs XVII, nr. 28, dd. 26 augustus 1975.
- 14.17 : zitting 1975-1976, 13.600, hs VIII, nr. 61, p. 7 e.v.
- 14.18 : zitting 1975-1976, 13.600, hs VIII en XVII, nr. 62, met 2 bijlagen, Verslag van een mondeling overleg van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid en Wetenschappen, dd. 24 juni 1976.
- 14.19 : zitting 1976-1977, 12.261, nr. 3, Hartchirurgie, brief van de Staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Onderwijs en Wetenschappen, dd. 20 september 1976.
- 14.20 : zitting 1976-1977, 12.261, nr. 4, Verslag mondeling overleg van de Vaste Commissies voor Onderwijs en Wetenschappen en Volksgezondheid en Milieuhygiëne met staatssecretarissen Klein en Hendriks, dd. 2 december 1976.
- 14.21 : zitting 1976-1977, 13.796, nr. 9, Wijziging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (Stb. 1971, 268) houdende uitbreiding van de mogelijkheden tot bereiking van de doelstelling van de wet, dd. 6 oktober 1976.
- 14.22 : zitting 1976-1977, 14.100, hs XVII, nr. 2, Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting 1977.
- 14.23 : zitting 1976-1977, 14.100, hs XVII, nr. 7, Voorbereiding vragen in Vaste Commissie voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, dd. 21.10.1976.
- 14.24 : zitting 1976-1977, 14.100, hs XVII, nr. 9, Nota naar aanleiding van voorbereiding vragen, dd. 10.11.'76.
- 14.25 : zitting 1976-1977, 14.181, nrs. 1-4, Regelen ter voorbereiding van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg (Wet voorzieningen gezondheidszorg, 22 oktober 1976).
- 14.26 : zitting 1976-1977, 14.182, nrs. 1-3, Regelen met betrekking tot de tarieven van organen voor gezondheidszorg (Wet tarieven gezondheidszorg), dd. 22 oktober 1976.
- 14.27 : zitting 1977-1978, 12.261, nr. 5, Verslagen van mondeling overleg tussen de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid en de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne over de toekomstige ontwikkeling van de hartchirurgie in Nederland, december 1977.
- Buiten deze periode:
- 14.28 : zitting 1978-1979, 15.300, hs XVII, nr. 7, Rijksbegroting voor het jaar 1979 van het Departement van Volksge-

- 14.29 : zitting 1978-1979, 15.426, nr. 1, Kankerbestrijding, 27 december 1978, p. 1-13.
- 14.30 : zitting 1978-1979, 15.540, nrs. 1-2, Het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling, dd. 29 maart 1979.
- 14.31 : zitting 1979-1980, 15.800, hs. XVII, nr. 7, Brief van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Voorzitter van de Tweede Kamer; Leidschendam, 2 oktober 1979.
15. Nederlandse Hartpatiëntenvereniging : Hartbrug, kwartaalblad van de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging, over 1978.
16. Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie : Memorandum Erkenning Specialisme Cardio-Pulmonale- of Hart-Longchirurgie; Groningen, 30 november 1972.
17. Persberichtgeving Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
18. Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs.

## GERAADPLEEGDE BRONNEN

1. Ackoff, R.L. : Planning voor de onderneming, a concept of corporate strategy; Kluwer, Deventer, 1971.
2. Al, C.J. : Het ziekenhuis : een plan voor verandering; van Lochem - Slaterus, Deventer, 1977.
- 2<sup>a</sup>. Amara, R. en A. Lipinski : Inspelen op de toekomst; in : J.W. Wissema (red.) : De praktijk van de strategische beleidsvorming; Intermediair, Amsterdam, 1979, p. 66-73.
3. Andel, G.J. van : Percutaneous transluminal angioplasty - the dotter procedure; Excerpta Medica, Amsterdam, 1976.
4. Ansoff, H.I. : Corporate strategy; Penguin Books, Ltd., England, 1971.
5. Aquina, J.H. : Beleidsanalyse in de politicologie; in : A. Hoogerwerf, e.a. : Beleid belicht 1, sociaal-wetenschappelijke beleidsanalyse; Samsom Uitgeverij, Alphen a/d Rijn, 1972.
6. Agglomeratie Eindhoven : Ontwerp voor een bestuurlijke structuur van de gezondheidszorg in de agglomeratie Eindhoven; Eindhoven, januari 1976.
7. Agglomeratie Eindhoven : Op weg naar een experimenteel bestuurlijk Kader voor gezondheidszorg in Zuid-Oost Brabant; Eindhoven, september 1976.
8. Becker, H.A. : Sociale methodologie, inleiding tot de werkwijze van de sociale wetenschappen; Boom, Meppel, 1974.
9. Berg, E.L. : Decentralisatie in drievoud; Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 's-Gravenhage, 1975.  
Berg, E.L. : Wanneer bepaalt het parlement nu eigenlijk het overheidsbeleid?; Bestuurswetenschappen, 31e jaargang, nr. 4, juli-augustus 1977, p. 230-242.
10. Braybrooke, D. and C.E. Lindblom : A strategy of decision, policy evaluation as a social process; third edition, The Free Press, New York, 1969.
11. Burkens, J.C.J., C.L.C. van Nieuwenhuizen en A.H. Wiebenga : Health care planning; proceedings of a congress held in Amsterdam, 14 and 15 April 1975; Excerpta Medica, Amsterdam, 1976.
12. Centraal Bureau voor de Statistiek : Zeventig jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1969; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1970.
13. Centraal Bureau voor de Statistiek : Kosten en financiering van de gezondheidszorg in Nederland, 1972; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1976.
14. Centraal Bureau voor de Statistiek en Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1974; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1974.
15. Centraal Bureau voor de Statistiek : Hart- en Vaatziekten, een statistische verkenning van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor de Nederlandse Hartstichting; Voorburg, maart 1978.
16. Centraal Bureau voor de Statistiek : Statistisch Zakboek 1978; Voorburg, september 1978.

17. Centrale Raad voor de Volksgezondheid : De organisatie van de tuberculosebestrijding; Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1974, nr. 23; Rijswijk, 6 augustus 1974.
18. Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten : Besluit van het Centraal College, nr. 1 - 1973, 15 januari 1973.
19. Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven : Jaarverslag 1975.
20. College voor Ziekenhuisvoorzieningen : Rapport Commissie Den Haag; Utrecht, februari 1974.
21. College voor Ziekenhuisvoorzieningen : Rapport en advies ziekenhuissituatie Amsterdam, Utrecht, 3 mei 1976.
22. College voor Ziekenhuisvoorzieningen : Advies ziekenhuissituatie Rotterdam, Utrecht, december 1977.
23. Collegium Chirurgicum Neerlandicum : Rapport van de studiecommissie heelkundige specialismen; 26 oktober 1972.
24. Commissie Van den Beld : Interimrapport van de stuurgroep onderzoek tariefstructuur academische ziekenhuizen; oktober 1974.
25. Damen, P.C. en W.J.F.I. Nuyens : De structuur van de nederlandse gezondheidszorg - feiten en visies; De Tijdstroom, Lochem, 1976.
26. Doel, J. van den : Economie en democratie in het staatsbestuur; Kluwer, Deventer, 1973.
27. Does, E. van der en J. Lubsen : Acute coronary events in general practice - the imminent myocardial infarction, Rotterdam study; Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 27 januari 1978.
28. Dror, Y. : Public policymaking reexamined; Leonard Hill Books, U.S.A., 1973.
29. Drucker, P.F. : Management in de praktijk; zesde druk, J.H. de Bussy, Amsterdam, 1970;
30. Etzioni, A. : Health as a social priority; in : Arthur Levin : Health services, the local perspective; The Academy of Political Science, New York, 1977.
31. Freidson, E. : Professional dominance - the social structure of medical care; second edition, Aldine Publishing Company, Chicago, 1974.
32. Georgopoulos, B.J. : Organization research on health institutions; Ann Arbor University of Michigan, 1972.
33. Gezondheidsraad : Jaarverslag 1976; Verslagen, Adviezen, Rapporten 1977, nr. 39; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1977.
34. Greve, W.B. de : Ziekenhuismarketing en strategische beleidsvoering - twee nieuwe gedragslijnen; Het Ziekenhuis, nr. 5, 7 maart 1979, p. 118-122.
35. Groot, A.D. de : Methodologie, grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen; zevende druk; Mouton & Co., 's-Gravenhage, 1972.
36. Groot, L.M.J. : Gezondheidszorg en bestek '81; Economisch Statistische Berichten, 64e jaargang, 13 juni 1979, p. 572-578.



37. Groustra : An epidemiological study of ischaemic heart disease in a dutch rural community.
38. Gunther Moor, L. en R. van Hezewijk : Wetenschap en beleid in het kritisch rationalisme; Beleid en Maatschappij, jaargang IV, 1977, no. 9, p. 230-240.
39. Gijn, M. van : De verhouding tussen de medisch directeur en de medische staf; Het Ziekenhuis, jaargang 6, 1976, nr. 6, p. 118-122.
40. Hall, R.H. : Organizations structure and process; Prentice-Hall, London, 1974.
41. Hermans, E.H. (red.) : De arts als patiënt; Stafleu, Leiden, 1972.
42. Hesseling, P.G.M. : Industrial organizations between science and culture; in : Organisatiewetenschap en praktijk; H.E. Stenfert Kroese, Leiden, 1976, p. 473-488.
43. Hesseling, P.G.M. : Het zandlopermodel in de organisatie van de gezondheidszorg; T. soc. Geneesk., jaargang 52, 1974, p. 774-781.
44. Hesseling, P.G.M. : Mogelijkheden voor managementvoering in de gezondheidszorg; nota voor studiedag van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 12 mei 1978.
- 44<sup>a</sup>. Heydebrand, W.V. : Comparative organizations, the results of empirical research; Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1973.
45. Hills, R.J. : Toward a science of organizations; University of Oregon Press, 1968.
46. Holland, W.W. : Health care planning; Excerpta Medica, Amsterdam, 1976.
47. Hoogerwerf, A. : Politicologie, begrippen en problemen; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1972.
48. Hoogerwerf, A., e.a. : Beleid belicht, sociaal-wetenschappelijke beleidsanalyse, deel 1 en 2; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1972.
49. Hoogerwerf, A. (red.) : Overheidsbeleid; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1978.
50. Hogerzeil, H.H.W. : Gezondheidsproblemen en gezondheidszorg naar procesfase ingedeeld; Medisch Contact, jaargang 33, 1978, p. 207-211.
51. Instituut voor Bestuurswetenschappen : Onderzoek naar de bestuurlijke organisatie, deel 2, eindrapport; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1975.
52. Jong, L.P. de : Ziekenhuiskosten en ziekenhuistarief; Agon Elsevier, Amsterdam, 1967.
53. Kast, F.E. en J.E. Rosenzweig : Systems and contingency views of organization and management; in : Organisatiewetenschap en praktijk; H.E. Stenfert Kroese, B.V., Leiden, 1976, p. 3-27.
54. Kelly, J. : Organizational behaviour, an existential systems approach; revised edition; Richard Irvin, Inc., Homewood, Illinois, 1974.
55. Koch, K. : Rationaliteit en rationeel gedrag : Definitie en hypothese; Acta Politica, jaargang XI, 1976, nr. 3, p. 312-364.
56. Koning, P.C.J. en A.H. Wiebenga : Strategische beleidsvorming in ziekenhuizen; Intermediair, 14e jaargang, nr. 3, 20 januari 1978.

57. K.N.M.G. : Erkennen en registratie van medische specialisten, uitgave 1979.
58. Kooiman, J. : Koers sturen, beschouwingen over besturing door overheid; V.N.G., 's-Gravenhage, 1976.
59. Kottman, R.H.P.W. : Coördinatie bij de centrale overheid - horizontale organisatiestructuren voor interdepartementale beleidscoördinatie; Instituut voor Bestuurskunde, Amsterdam, 1976.
60. Kuypers, P.J. : Ruim tien jaar kransslagaderchirurgie in Nederland; Hartbrug, 1e jaargang, nr. 4, december 1978.
61. Lange, J. de en P.B. Lehning : Le client roi, c'est moi : krijgt de burger wat hem toekomt; Beleid en Maatschappij, 1976, p. 270-280.
62. Lawrence, P.R. and J.W. Lorsch : Differentiation and integration in complex organisations; 1967.
63. Massie, J.L. : Essentials of Management, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1971.
64. Medisch Regionaal Centrum Zuid-Limburg : Ontwikkelingsplan Medisch Regionaal Centrum Zuid-Limburg; Maastricht, 2 augustus 1976.
65. Meer, C. van der : Arts en jurist : een samenspel van overeenkomsten, verschillen en onzekerheden; Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Samsom, Alphen a/d Rijn, nr. 2, maart/april 1978.
66. Meyler, F.L. : Coronaria-chirurgie in Nederland; Ned. T. voor Geneeskunde, jaargang 120, nr. 35, 1976, p. 1500-1502.
67. Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid : Volksgezondheidsnota 1966, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1966.
68. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Structuurnota Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1974, p. 10.
69. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Financieel Overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1982, nr. 1; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, september 1977.
70. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Jaarverslag 1976 van de Geneeskundige Hoofdinspecteur - Staatstoezicht op de Volksgezondheid, serie Verslagen, Adviezen, Rapporten, 1977, nr. 46.
71. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Financieel Overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1983, nr. 2; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, september 1978.
72. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne : Nota Kankerbestrijding; Leidschendam, kenmerk BSG 41.061, 8 maart 1979, p. 1-20.
73. Mintzberg, H. : The structuring of organizations; Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1979.
74. Mulder, M. : Omgaan met macht, ons gedrag met elkaar en tegen elkaar; Elsevier, Amsterdam, 1977.
75. Nationaal Ziekenhuisinstituut : Basisonderzoek Kostenstructuur Ziekenhuizen; Utrecht, deel 1, nr. 74.50, mei 1974  
deel 2, nr. 75.69, april 1975  
deel 3, nr. 75.76, januari 1976

76. Nationaal Ziekenhuisinstituut : Medische specialisten in Nederland, 1972-1977; Ziekenhuiscentrum, Utrecht, nr. 78.149, november 1978.
77. Nationale Ziekenhuisraad : Rapport inzake het werkmodel Basisziekenhuis; Utrecht, juni 1978.
78. Pen, J. : Wat zijn maatschappelijke structuren; Mededelingen der Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, afd. Letterkunde, Nieuwe Reeks - deel 37, nr. 5, B.V. Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij - Amsterdam, 1974.
79. Perrow, C. : Organizational analysis; Social Science Paperbacks, Tavistock Publications, 1971.
80. Ploeg, M.J. van der : Administratie en bedrijfsbeheer; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1970.
81. Pool, J. : Moet de roker aan de gevolgen van zijn riskant gedrag meebetalen?; Medisch Contact, nr. 20, 19 mei 1978.
82. Preston, Thomas A. : Coronary Artery Surgery : a critical review; Raven Press, New York, 1977.
83. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Gelderland; Districtscommissie Nijmegen : Eerste concept ontwikkelingsprogramma; Arnhem, december 1976.
84. Pugh, D.S., D.J. Hickson, C.R. Hinings, a.o. : A conceptual scheme for organizational analysis; Administrative Science Quarterly, vol. 8, 1963, p. 289-315.
85. Pugh, D.S., D.J. Hickson, C.R. Hinings and C. Turner : The context of organization structures; A.S.Q., vol. 14, nr. 1, p. 91-114.
86. Pugh, D.S., D.J. Hickson, C.R. Hinings, a.o. : An empirical taxonomy of structure of work organizations; A.S.Q., vol. 14, nr. 1, p. 115-126.
87. Querido, A. : Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid; Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1965.
88. Querido, A. : Godshuizen en gasthuizen, een geschiedenis van de ziekenverpleging, 2e druk; Wetenschappelijke Uitgeverij, N.V., Amsterdam, 1967.
89. Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland : Ontwikkelingsplan; Kennemerland, oktober 1976.
90. Rhenman, E. : Managing the community hospital : systems analysis of a Swedish Hospital; Saxon House/Lexington Books, England/U.S.A.; 1973.
91. Rhenman, E. : A new approach to management of health care delivery systems; voordracht gehouden tijdens Symposium Ontwikkelingen in Ziekenhuismanagement; Erasmus Universiteit Rotterdam, 19 mei 1979.
92. Ringeling, A.B. : Politieke Besluitvorming; in : M.P.C.M. van Schendelen : Kernthema's van de politicologie; Boom, Meppel, 1976.
93. Rowbottom, R. : Hospital Organization; Heinemann, London, 1973.
94. Santema, S. : Georganiseerde Maatschappelijke Gezondheidszorg-structuur, werkzaamheden, raakvlakken; Van Gorcum, Assen, 1976.
95. Simon, H.A. : De besluitvorming in de organisatie; J.H. De Bussy, Amsterdam, 1967.

96. Simon, H.A. : The new science of management decision, revised edition; Prentice-Hall Inc., New Jersey, 1977.
97. Sint Antonius Ziekenhuis : A.Z. magazine, uitgave ter gelegenheid van het 65-jarig bestaan van het Sint Antonius Ziekenhuis, Utrecht.
98. Schroeff, H.J. van der : Kwantitatieve verhoudingen kosten en economische proportionaliteit; tweede nieuw bewerkte druk, Kosmos, Amsterdam-Antwerpen, 1967.
99. Schroeff, J.H. van der : Leiding en organisatie van het bedrijf; vierde bijgewerkte druk, N.V. Kosmos, Amsterdam, 1974.
100. Scholten, G.H. : Politiek en bestuur; Samsom, Alphen a/d Rijn, 1972.
101. Spencer, F.C. : Deductive reasoning in the lifelong continuing education of a cardiovascular surgeon; Arch. Surg., vol. 111, nr. 1976, p. 1177-1183.
102. Soto-Hartgerink, M.K. de : Epidemiologie van ischaemische hartaandoeningen; Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Wolters/Noordhoff, N.V., Groningen, 1968.
103. Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Rotterdam : Statuten; Rotterdam, dd. 10 mei 1972.
104. Stolte, J.B. : Taak en functie van de medische staf in het Ziekenhuis; Ons Ziekenhuis; juli 1964, jaargang 26, nr. 7, p. 259.
105. Stolte, J.B. : Vraag naar en aanbod van gezondheidszorg en ziekenhuisdiensten; Ziekenhuiswezen, 1965, p. 131.
106. Stolte, J.B. : Naar nieuwe vormen; Ons Ziekenhuis, jaargang 28, nr. 2, februari 1966, p. 41.
107. Stolte, J.B. : Arts en samenleving, de organisatorische positie van de medische specialist in het Nederlandse Algemene Ziekenhuis; Ned. T. voor Geneeskunde, jaargang 112, nr. 4, januari 1968.
108. Stolte, J.B. : The problem of integrating the medical profession in the organization of the hospital; Het Ziekenhuiswezen, 1969, nr. 8, p. 308.
109. Sturmans, F. : Epidemiologie en medische statistiek; Dekker & Van de Vegt, Nijmegen, 1975.
110. Tarski, A. : Inleiding tot de logica; tweede gewijzigde druk, N.V. Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij, Amsterdam, 1964.
111. Taylor, F. : Scientific Management; in : D.S. Pugh : Organization theory; Penguin Modern Management Readings, London, 1974, p. 124-146.
112. Timmer, M. : Effektiviteit en besluitvorming in de gezondheidszorg; T. voor Soc. Geneeskunde, jaargang 56, 1978, p. 760-776.
113. Timmers, J. : Cardiorespiratoire bevindingen bij een groep mannelijke werknemers; Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde - T.N.O., Wolters, N.V., Groningen, 1969.
114. U.S. Department of Health, Education, and Welfare : Smoking and Health; a report of the Surgeon General, Public Health Service; U.S. Government Printing Office, Washington, January 1979.

115. Verburg, P. : Organiseren en organisatieonderzoek; tweede druk, H.E. Stenfert Kroese, Leiden, 1966.
116. Vollebergh, J.J.A. : Het ziekenhuisbestuur; Het Ziekenhuis, jaargang 1, 1971, nr. 2, p. 58-68.
117. Vries Robb , P.F. de : Medische besluitvorming, een aanzet tot formele geneeskunde; Proefschrift, Groningen, 14 juni 1978.
118. Vries, J.A. de, G.E. van Zanen en P.A. Voûte : Toekomst van de Kinderonco-  
logie in Nederland - 1975; 2e herziene druk, "Acca" Offset, B.V., Heer-  
hugowaard, november 1975.
119. Wagner, D.J. : Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ); T. soc. Geneeskunde,  
jaargang 53, 1975, p. 774-779.
120. Werkgroep Groot : Rapport van de Werkgroep Globale Kostenanalyse Academische  
Ziekenhuizen; 22 april 1974.
121. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid : Adviezen aan de Overheid,  
voorstudies en achtergronden; 's-Gravenhage, 1977.
122. Wiebenga, A.H. : Enkele aspecten van de specialist in de gezondheidszorg in  
het algemeen en in het ziekenhuiswezen in het bijzonder; Het Ziekenhuis,  
jaargang 2, 1972, nr. 2, p. 79-81.
123. Wissema, J.G. : De praktijk van de strategische beleidsvorming; Intermediair,  
jaargang 13, nr. 18, 6 mei 1977.
124. World Health Organization - Regional Office for Europe : The long term effects  
of coronary bypass surgery report on a working group, The Hague, 1-4 Nov-  
ember 1977; Copenhagen, 1978.

*CURRICULUM VITAE van R. Naaborg*

*De auteur, geboren te Delft (1942) studeerde bedrijfseconomie aan de toenmalige Nederlandse Economische Hogeschool te Rotterdam (doctoraal 1973) en de Katholieke Hogeschool te Tilburg, waar hij het keuzevak "Ziekenhuiseconomie", gedoceerd door prof. dr. J.B. Stolte, volgde.*

*Na enige jaren werkzaam te zijn geweest bij een Amerikaanse industriële onderneming en een accountantsmaatschap, trad hij als stafmedewerker begin 1971 in dienst van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam.*

*Met een korte onderbreking is hij tevens vanaf september 1973 als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.*

*Hij participeert in diverse overlegorganen, onder meer inzake de regionalisering van de gezondheidszorg. Daarnaast is hij enkele malen betrokken geweest bij de operationalisering van 'hospital management' ten behoeve van het academisch ziekenhuis te Jakarta en een onvangrijke bedrijfsgezondheidsorganisatie te Indonesië.*

*Enkele publicaties zijn inmiddels van zijn hand verschenen, die hetzij alleen of in samenwerking met anderen zijn opgesteld.*







